ROK VI WARSZAWA 1932 SIERPIEŃ ZESZYT VIII

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

Leczenie złotem w gruźlicy płucnej i chirurgicznej *)

podał

M. MAROTTE (A. C. H.) Inspektor lekarski.

Z biegiem czasu coraz liczniejsze stają się przypadki poprawy zdrowia u chorych gruźliczych, leczonych solami złota. Artykuł ten ma za zadanie rozbiór tego zagadnienia przez rozpatrzenie materjału już ogłoszonego, oraz dodanie jednego przypadku własnego i kilku przypadków jeszcze nieogłoszonych o wynikach stosowania soli złota w gruźlicy chirurgicznej.

Po ostrych zarzutach *Sergent'a* w 1926 przeciw leczeniu gruźlicy płucnej sanochryzyną, zdawało się, że leczenie złotem zostało bezapelacyjnie potępione ze względu na swe niebezpieczeństwo. Jednak w początkach leczenie to wznieciło wielki entuzjazm i zdawało się po sprawozdaniu *Mollgaarda* w Tow. Medycyny Wewnętrznej w Kopenhadze i licznych referatach lekarzy duńskich, szwedzkich i norweskich, że sanochryzyna jest lekiem par excellence swoistym i bakterjobójczym.

We Francji przyjęto ją również życzliwie lecz bardziej krytycznie. Opierając się na doświadczeniach, a następnie spostrzeżeniach klinicznych, *Leon Bernard* wypowiedział się z licznemi zastrzeżeniami, sceptycznie odzywali się o nowym leku *Besançon, Braun* i *Azoulay*, a opinje *Rist'a, Rolland, Coulad, Hirschberga* i *Triboulet* były pełne pesymizmu. Sanochryzyna in vitro nie okazała się toksyczna dla prątka gruźliczego, a zastosowana drogą dożylną, in vivo, wywoływała jawne pogorszenie i wypadki śmierci.

Lecz oto po długich miesiącach milczenia, zaczęto stawać w obronie chryzoterapji. *Louis Saye* z Madrytu, rozpatrując raporty francuskie, tłomaczył wyniki niepo-

*) Wyciąg z Archives de médecine et de pharmacie militaires, tom XCII Nr. z 1/I 1930. Charles Lavauzelle et Cie. ed. militaires, 124 Boul. St. Germain, Paris.

myślne użyciem zbyt silnych dawek, *Dumarest* sądził, że należałoby wypróbować dawki słabsze, zanim się ostatecznie potępi tę terapję. Wreszcie wszyscy lekarze w Hauteville: *Brette, Bonafé, Michon, Rougy,* zaczęli stosować sanochryzynę i doszli tym razem do wniosku, że „nie jest to metoda zupełnie niewinna, ale jednak często skuteczna“ [1]).

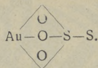
Zaczęto teraz powszechnie stosować technikę bardziej ostrożną i od tej chwili pojawiają się zachęcające statystyki, że przytoczymy tylko najważniejsze *Cordier'a, Gaillard'a* i *Leona Bernard'a.* 31 stycznia 1927 r. *Auguste Lumière* odkrył nową sól złota, Allochryzynę, opartą na nieco innej zasadzie, ale dającą się stosować domięśniowo; miała ona utorować drogę nowym i owocnym próbom.

Nareszcie w tym samym roku, po raz pierwszy ukazała się niezmiernie ważna, poparta dowodami, praca *Henryka Mollard'a* [2]) z Lugdunu. Zawiera ona 400 sprawozdań klinicznych, zebranych w Hauteville pod autorytetem *Dumarest'a* i 63 spostrzeżenia *Lumièr'a, Gelibert'a* i *Boissel'a,* pozatem zawiera kompletną bibljografję około 600 prac, które zjawiły się dotychczas z tego zakresu. Z pracy tej, a także z prac *Leona Bernard'a* i *Mayer'a* [3]), *Thoinot* [4]), *Lumière'a* i *Gélibert'a* [5]), *Cordier'a, Gaillard'a* i *Cade* [6]) jest wzięta większość danych, przytoczonych poniżej.

Sole złota, będące w użyciu.

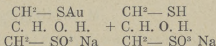
Są to przedewszystkiem sanochryzyna lub jej pokrewne, i allochryzyna.

A) *Sanochryzyna* nazwana w ten sposób przez *Mollgaard'a* (od sanare — leczyć i χρυσως — złoto). Została odkryta przez francuzów *Fordos* i *Gellis,* ale pozostawiona przez nich w stanie nieoczyszczonym. Jest tiosiarczanem złota i sodu. Została wyodrębniona przez *Mollgaard'a.* Odpowiada wzorowi



Jest to sól koloru śnieżno-białego, krystalizuje w postaci cienkich igieł. Zawiera 37% złota, rozpuszcza się w wodzie doskonale, jest nierozpuszczalna w alkoholu i eterze, przenika z wielką szybkością przez błony zwierzęce i jest bardzo stała. Nie jest to właściwie sól w sensie fizyko-chemicznym, jest to raczej prawdziwy kompleks chemiczny, w którym znika własność toksyczna złota. Roztwory wodne, wyjałowione przy 130°, zachowują się długo w ciemnem pomieszczeniu, lecz rozkładają się szybko na świetle i stają się trujące. Wstrzykuje się je dożylnie. Istnieją jeszcze inne sole, których skład i własności są identyczne z sanochryzyną. Są to: Thiokryzyna (wyrabiana w Lugdunie przez Sarvonat, Usines du Rhône) i Crysalbina (Fourneau, Poulenc).

B) *Allochryzyna Lumièra.* Jest to tiosiarczan sodowy złota i propanolu, związek bezkształtny, żółtawy, rozpuszczalny w wodzie, nierozpuszczalny w rozpuszczalnikach organicznych i rozkładający się jak poprzednia sól w temperaturze podwyższonej bez topienia; zawiera 47% złota i odpowiada wzorowi



Widzimy, że złoto jest tutaj połączone bezpośrednio z siarką, której druga wartość jest nasycona rodnikiem organicznym, podczas gdy w tiosiarczanie siarka jest połączona z cząsteczką mineralną. Roztwory tej soli są stałe, bardzo łatwo wchłaniają się, są niebolesne przy wstrzyknięciach podskórnych i domięśniowych. Nie są trujące.

C) *Inne sole.* Pod nazwą Aurophos wypuściła firma Meister Lucius produkt, który jest połączeniem podwójnej soli złota i sodu z kwasami fosforowemi i aminofenofosforowemi, łącząc w ten sposób zalety odżywcze fosforu z zaletami sanochryzyny. Pozatem istnieje Krysolgan Feldta, Triphal i Solganal, w których złoto, zawsze pod postacią podwójnej soli sodu, jest połączone z jądrem benzoesowem. Działanie ich jest niepewne, jednak *Th. i J. S. Sté-*

---

[1]) Paris Médical, 11 czerwca 1927.

[2]) Sole złota w leczeniu gruźlicy płuc. (Bailliere, 1929).

[3]) Ac. de Médecine, 19/III 1929 i Pr. Méd. 29/V 1929.

[4]) Gazette des Hopitaux, listopad 1929, Nr. 92 i 94.

[5]) Avenir Médical, Lugdun, czerwiec 1928.

[6]) Soc. Méd. des Hop. de Lyon, 19/II 1929.

phani wolą Triphal i aurophos niż sanochryzynę ze względu na ich mniejszą toksyczność. Istnieje jeszcze Crysiodal Maigre'a (złoto, kadm i jod) i preparaty Ducq-Magnin i Robellos. Należy zauważyć, że połączenia złota z chlorkami i cyankami nie tylko nie osiągają celu, ale wywołują zatrucie i że tylko skuteczne są sole złota w połączeniu z siarką.

Badania doświadczalne.

Dały one wyniki dość niezgodne, co się objaśnia tem, że badania w Danji były przeprowadzane przez *Mollgaard'a, Madsen'a i Morch'a* na dużych zwierzętach (cielęta, kozy, małpy), podczas gdy we Francji robiono próby przeważnie na gryzoniach *(Calmette, Boquet, Nègre, Rist, Deist)*. Pierwsi badacze prawie stale stwierdzali wyleczenie, drudzy otrzymywali wyniki niepewne lub ujemne. Jedni stosowali zbyt słabe dawki w silnej gruźlicy drudzy, pomimo ścisłego dawkowania, zaczynali leczenie zbyt prędko, już w chwili infekcji.

Pozostaje jednak niewątpliwy fakt, że w niektórych doświadczeniach *(Mollgaard, Madsen* i *Morch, Cummins)* sole złota miały wpływ dodatni na gruźlicę doświadczalną.

Badania te, sprawdzone w Lugdunie przez *Sarvonat*, wykazały, że złoto wprowadzone do krwi, szybko ztamtąd znika, gdyż zostaje wydalone z moczem, kałem, a także w drobnych ilościach z plwociną. Wydalanie odbywa się powoli i trwa przez kilka miesięcy. Część złota zostaje zatem zatrzymana przez ustrój, przytem w większej ilości u osobników chorych (60%) niż u zdrowych (40%). Złoto odkłada się w narządach wewnętrznych, szczególnie w wątrobie, śledzionie, a przedewszystkiem w nerkach *(Sarvonat)*. Zdolność zatrzymywania złota w płucach jest większa u chorych na gruźlicę niż u zdrowych. Sól złota, odkładając się w narządach wewnętrznych, ulega prawdopodobnie rozkładowi, jednak proces tej przemiany jeszcze pod wieloma względami jest okryty tajemnicą.

Technika stosowania.

Jest ona dość prosta. Wystarczą jedna lub dwie strzykawki i kilka igieł cienkich lub grubszych, zależnie od sposobu wstrzyknięć. Sanochryzyna jest sprzedawana w ampułkach od 0,05 do 0,25 gr, które należy sprawdzić, czy sól nie straciła swego połysku i w tym wypadku należy ją bezwzględnie odrzucić. Roztwór powinien być przygotowany w chwili użycia, aby pod działaniem światła sól nie rozłożyła się na bardzo trujący siarczek złota. Roztwór powinien być izotoniczny, co ma miejsce wtedy, gdy koncentracja wynosi mniej więcej 5%, dlatego też ilość rozpuszczalnika zależna jest od ilości soli: na 0,05 gr soli należy wziąć 1 cm wody przekroplonej. Rozpuszczanie trwa 1—2 minut, można je przyśpieszyć przez potrząsanie lub zanurzenie ampułki w letniej wodzie. Otrzymany roztwór powinien być zupełnie przezroczysty. Wstrzyknięcie dożylne wymaga, oczywiście, zwykłych ostrożności (aseptyka, dokładne wprowadzenie igły do żyły). Injekcję należy robić powoli, przynajmniej w dwie godziny po posiłku. Przy wyciąganiu igły należy uważać, aby część płynu nie dostała się do tkanki okołonaczyniowej, co pociąga za sobą silny ból i twardy naciek miejscowy. Domięśniowo należy stosować sanochryzynę tylko w przypadkach wyjątkowych, gdyż wywołuje silny ból i prawie zawsze rozległy naciek. Stosowanie podskórne jest zupełnie niedozwolone ze względu na silny odczyn zapalny i czasami martwicę tkanek.

O wiele prostsza jest technika stosowania allochryzyny. Związek ten jest sprzedawany w podwójnych ampułkach, z których jedna zawiera 2 cm. stężonego roztworu po 0,05, 0,1 lub 0,2 gr., a druga 8 cm płynu tak przygotowanego, aby otrzymać po zmieszaniu roztwór izotoniczny, odpowiadający roztworowi 8:1000 chlorku sodowego. Roztwór może być przygotowany w strzykawce przez wciągnięcie wpierw roztworu soli, a następnie zawartości drugiej ampułki. Płyn należy wprowadzić powoli do tkanki mięśniowej, najlepiej do górnego zewnętrznego kwadratu pośladka, przyczem chory stoi lekko nachylony, lub siedzi na krześle jak na koniu. Igła powinna być mocna, długości 5—6 cm. wprowadzona jednym ruchem prostopadle do powierzchni i również jednym ruchem wyciągnięta. Droga domięśniowa jest najlepszym sposobem wprowadzenia tego preparatu, lecz również można użyć drogi dożylnej lub podskórnej.

Bez względu na preparat, który się ma zamiar stosować, należy uprzednio zbadać

czynność nerek, trawienie i stan skóry. Należy się powstrzymać od wstrzyknięć przy trwającym białkomoczu, odroczyć kurację przy białkomoczu przejściowym oraz biegunce, zaburzeniach wątroby i skóry. Gorączka sama przez się nie stanowi przeciwwskazania.

Objawy uboczne i powikłania.

Objawy uboczne po injekcjach są dość liczne, ich znaczenie i czas zjawiania się, różne. Jedne zjawiają się już po kilku pierwszych kroplach wstrzykniętych, inne dość późno i często dopiero podczas drugiej serji wstrzyknięć, niektóre po zaprzestaniu leczenia.

Objawy te występują przy wszystkich, bez wyjątku, solach pod postacią gorączki, zaburzeń w trawieniu, powikłań nerkowych lub skórnych. Inne powstają przedewszystkiem wskutek stosowania sanochryzyny lub związków pokrewnych i są czasem bardzo poważne. Poniższa tablica, zawierająca wyciąg ze wszystkich przypadków podanych w pracy *Mollard'a* daje w miarę możności pojęcie o liczbie tych różnych objawów ubocznych, przyczem nasilenie ich może być nieznaczne, lub dochodzić do rzeczywistych powikłań.

Do tych objawów ubocznych należałoby dla ścisłości dodać zupełną nietolerancję. Zdarza się ona raczej rzadko, byłoby jednak dość dziwne, gdyby w auroterapji nie było tej samej idjosynkrazji, którą się spotyka w stosunku do innych leków, szczególnie tych, które się wstrzykuje.

Tablica ta mówi sama za siebie. Wyższość allochryzyny jest widoczna. Należy zauważyć, że nie wszystkie przypadki leczone allochryzyną, należały do przypadków sanatoryjnych, korzystających jednocześnie z wypoczynku i leczenia górskiego, lecz przeciwnie większość chorych pozostawała w swem zwykłem otoczeniu i często była zmuszona zajmować się swą zwykłą pracą.

Wszystkie poważniejsze objawy uboczne odnoszą się do sanochryzyny, przyczem na ogólną liczbę 250 przypadków zaburzeń, były dwa przypadki wstrząsu, jedno zemdlenie, dwa przypadki zapalenia nerek, dwa przypadki wysypki skórnej i sześć przypadków zaburzeń jelitowych. Patogeneza tych przypadków jest obojętna, bez względu na to, czy będzie to zatrucie wskutek endotoksyn uwolnionych z zabitych bakterji (szkoła duńska), czy też zatrucie metaliczne atomem złota (białkomocz, zapalenie dziąseł, rumień, zaburzenia w trawieniu), czy też zatrucie siarką (gorączka i reakcje ogniskowe), czy też nagła utrata równowagi fizycznej pod wpływem injekcji (wstrząs).

Dawkowanie.

Zostało ono ustalone na zasadzie niezbitych doświadczeń i opracowane szczególnie przez lekarzy z Hauteville. Zdaje się być obecnie jedynie racjonalnem i opiera się na czterech zasadniczych zasadach.

1) Dawki powinny być słabe. Zaczynać należy najwyżej od 0,05 gr. i nie przekra-

TABLICA I.

Objawy uboczne	Sano.	Thio.	Allo.	Ogółem: Przypadków	Ogółem: 0/000
Reakcja temperatury	45	12	12	69	15
Zaburzenia w trawieniu	42	17	3	62	13,4
„ nerwowe	17	6	2	25	5,3
„ skórne	12	10	5	27	5,8
Krwioplucie	9	—	—	9	—
Bóle głowy	9	2	—	11	2,3
Mdłości, dreszcze etc.	9	2	2	13	2,8
Zemdlenia, zawroty głowy	8	4	1	13	2,8
Zaburzenia jelitowe	6	1	—	7	—
Gruczoły	4	—	3	7	1,5
Różne bóle	3	1	1	5	—
Wstrząs	2	—	—	2	—
Liczba zaburzeń	165	55	29	250	53
Liczba przypadków	276	106	81	463	

czać nigdy dawki 0,25 gr. na jedno wstrzyknięcie; zrobić przerwę po dojściu do 3 gr. soli (jedna serja trwa mniej więcej 3 miesiące).

2) Powiększać dawki wolno i ostrożnie. Przechodzić do silniejszej dawki dopiero wówczas, gdy poprzednia, jeszcze raz powtórzona, była dobrze zniesiona.

3) Wstrzykiwać tylko raz na tydzień.

4) Obserwować chorych systematycznie i zwracać uwagę na reakcje, to znaczy:

a) badać stale mocz i przerwać leczenie przy śladach białka. Należy potem rozpocząć mniejszą dawką ponownie i zupełnie zaniechać leczenia, o ile białkomocz znów się ukaże;

b) w razie stałej biegunki przeczekać dwa tygodnie i znów rozpocząć leczenie zmniejszoną dawką;

c) zaprzestać leczenia przy pojawieniu się rumienia, który może być zwiastunem wysypki;

d) zwracać uwagę na gorączkę dopiero wtedy, gdy przekroczy 39,5 i gdy się trwale utrzymuje. Nie należy niepokoić się podniesieniem temperatury w dniu injekcji, jednak o ile ciepłota utrzymuje się dłużej niż tydzień, należy leczenie przerwać;

e) należy również przerwać leczenie, o ile zjawi się długotrwała reakcja ogniskowa, co może wskazywać na zaostrzenie sprawy.

Leczenie solami złota było stosowane tylko u dorosłych i u dzieci od lat 13. U chorych wiekowych z osłabioną funkcją wydalania nie należy przekraczać dawki 0,01 lub 0,02 gr, przynajmniej w początkach leczenia.

Przytoczone wskazówki odnoszą się do wszystkich soli, za wyjątkiem Allochryzyny, która nie jest toksyczna i ma specjalne dawkowanie. Jest ona dostarczana w stanie rozpuszczonym w ampułkach po 0,05, 0,1 i 0,2 gr. i może być wstrzykiwana 2 razy tygodniowo, a lepiej co cztery dni. Osobiście, celem ustalenia wrażliwości osobniczej zaczynałem zawsze od 0,1 gr. przechodząc następnie do 0,2 w odstępach ośmiodniowych między pierwszemi dwoma lub trzema injekcjami. Zazwyczaj można dojść do trzydziestu wstrzyknięć. Czas trwania leczenia zależy, oczywiście, od stanu chorego i charakteru ognisk chorobowych. Po sześciu tygodniach, lub dwu miesiącach przerwy można rozpocząć nową serję. Wielu chorych czuje się bardzo dobrze po trzeciej serji.

Za wyjątkiem znacznego białkomoczu i uporczywej biegunki, niema właściwie przeciwwskazań dla stosowania Allochryzyny Lumière ze względu na jej zupełną nieszkodliwość.

Przeciwwskazania.

Należą tutaj wszelkie zaburzenia jelitowe bakteryjne, czerwonka, zapalenie wyrostka, entero-colitis, schorzenia nerek i wątroby, Phtisis congestiva, zwłaszcza u młodych kobiet, ostra gruźlica, wyniszczenie gruźlicze. Trzeba się mieć na baczności w przypadkach szybko postępujących, gdyż złoto zdaje się działać raczej przyśpieszająco niż hamująco i jeśli się je stosuje, trzeba starannie chorych spostrzegać (*Colbert* i *Laussei*).

Wyniki.

Należy je rozpatrzeć oddzielnie w gruźlicy płucnej i w gruźlicy chirurgicznej.

A) *Gruźlica płuc.* Ogłoszone dotychczas przypadki są wystarczające, aby na ich podstawie módz wyrobić sobie mniej lub więcej dokładny pogląd na wartość terapeutyczną soli złota. Zestawienie jednak ostatecznych wniosków napotyka na pewne trudności wskutek różnej klasyfikacji przypadków, ich różnorodności i różnego czasu trwania obserwacji. Pomimo rozbieżności w terminologji, sądzę, że w przytoczonej tablicy udało mi się, o ile można dokładnie przedstawić rzeczywisty obraz (tabl. II):

Mamy tutaj 612 przyp. dodatnich w różnym stopniu, wobec 372 ujemnych, bez wyniku lub wykazujących pogorszenie, co stanowi 62% przypadków wykazujących poprawę, z których 44%, a więc prawie połowa, są zupełnie zadowalające.

Wynik ten byłby dostateczny dla usprawiedliwienia metody leczniczej, należy jeszcze zwrócić uwagę na interesujące spostrzeżenie *Leona Bernard'a* i *Mayer'a:* „Chorzy, którzy przy opuszczeniu szpitala zostali zaliczeni do kategorji chorych z niewielką lub też żadną poprawą, powrócili po dwu lub trzech latach wyleczeni, pracują nadal w swych zawodach i nie wykazują żadnych zmian natury czynnościowej, czy też ogólnej, przytem obraz rentgenolo-

TABLICA II.

Statystyka	prep.	miejsce	duża popr.	popr.	bez popr.	wynik ujemn.	pogorszenie	Razem
Leon Bernard i Mayer [7]	Sano	Szpital	—	62	22	58	—	142
Louis Sayé [8]	"	"	93	73	30	14	—	210
Villaret et Even [9]	"	"	1	9	21	—	—	31
Olmer [9]	"	"	—	10	9	—	—	19
Cordie, Gaillard, Cade [10]	Thio	"	15	26	18	24	—	83
Thèse de Mollard [11]	Kóżn	Sanator.	50	195	—	133	22	400
Lumière, Gelibert, Boissel	Allo	Miasto	18	33	6	4	2	63
Colbert i Laussel [12]	"	Sanator.	11	16	2	7	—	36
		Razem	188	424	108	240	24	984
			612		372			

giczny nie wykazał już żadnych cieni patologicznych" [7]).

Nie wchodzi zatem do powyższej statystyki cały szereg przypadków z późniejszą poprawą, a także chorzy ambulatoryjni, którzy się leczyli bez przerywania swoich zajęć i u których stwierdzono poprawę ogólną i miejscową, pomimo niepomyślnych warunków hygjeniczno-djetetycznych, w jakich przebywali.

Gdy zaczniemy rozpatrywać bardziej szczegółowo otrzymane wyniki, posiłkując się pracami wspomnianych autorów, do których należy dodać *Dr. Thoinon* [13]) Revue Analytique, zauważymy, że poprawa zaznacza się szczególnie w stanie ogólnym (52,5%), w krzywej temperatury (61,5%), w kaszlu i wykrztuszaniu (60%). Dalej idzie cofanie się objawów płucnych, wzrost wagi ciała, zmniejszenie się ilości prątków (około 40% przypadków).

W jaki sposób odbywa się ta poprawa?

Wpływ na gorączkę jest szczególnie wybitny w tych przypadkach gorączki, którą *Cardier, Gaillard i Cade* nazywają „anarchistyczną", przejawiającą się w nagłych skokach. Krzywa jej staje się coraz bardziej poziomą, jednocześnie ustają nocne poty. Sole złota nie działają gwałtownie, jak środki przeciwgorączkowe, lecz zawsze stopniowo i przez czas dłuższy.

Następnie daje się zauważyć zmniejszenie kaszlu równorzędnie ze zmniejszoną ilością plwociny. Ten rodzaj poprawy występuje powoli, ale za to stale we wszystkich postaciach gruźlicy, chociaż często bywa tylko przejściowy; udało się jednak otrzymać trwałą poprawę po powtórzeniu leczenia.

Niema zgody między autorami co do zmniejszania się ilości prątków i zdaje się, że działanie soli złota występuje rzadziej, jest niestałe i przejściowe. Nie można zaprzeczyć, że w niektórych przypadkach znikają prątki z plwociny, ale jest to raczej wynikiem polepszenia ogólnego.

Również podlega jeszcze dyskusji wzrost wagi ciała pod wpływem auroterapji, przynajmniej u tych chorych, u których ona najlepiej przebiega. Zauważono nawet kilka przypadków schudnięcia, pomimo dobrego przebiegu leczenia.

Wszyscy się jednak zgadzają co do wyraźnej stałej poprawy ogólnej, która zjawia się po injekcjach wraz z powrotem apetytu, snu i sił, co się wyraźnie rzuca w oczy podczas stosowania auroterapji i znakomicie wpływa na poprawę nastroju zrozpaczonych chorych.

Niema już żadnych wątpliwości co do poprawy występującej w samych ogniskach chorobowych. „Daje się zauważyć wyraźny wpływ hamujący na objawy, charakteryzujące dalszy rozwój procesów chorobowych, i cofanie się zmian, co potwierdzają zdjęcia rentgenologiczne" *(Leon Bernard)*. Odnosił się do nich bardzo sceptycznie *Sergent* i jego szkoła, gdy tymczasem lekarze

[7]) Wyniki leczenia gruźlicy płuc tiosiarczanem złota i sodu (Pr. Méd. 1929, str. 705).
[8]) Chemoterapja gruźlicy (Barcelona, 1927).
[9]) Dane Thoinon w Gaz. des Hop. 1929, Nr. 94, str. 1679.
[10]) Lyon Médical p. 733.
[11]) Teza Mollard.
[12]) Notatki terapeutyczne z gruźlicy płuc (Avenir Méd. Grudzień 1929, str. 295).
[7]) Wyniki leczenia gruźlicy płuc tiosiarczanem złota i sodu (Pr. Méd., 1929, str. 705).
[13]) „Leczenie gruźlicy płucnej antygenami metylowemi i solami złota" (loco citato).

duńscy uważali je za miarodajne. Przyczyną tych różnic była może ta okoliczność, że zdjęcia były robione zbyt wcześnie. Rzeczywiście *Leon Bernard* i *Mayer*, którzy początkowo uważali, że zdjęcia nie ulegają żadnej zmianie w większości przypadków, zupełnie potem zmienili zdanie, widząc powtórnie swoich chorych w 6 miesięcy i w rok po skończonem leczeniu. Mogli nawet skonstatować nietylko stopniowe zmniejszenie się schorzałego odcinka, ale nawet zupełne zniknięcie zmian i znaczne zmniejszenie się rozmiaru jam.

Dałoby się jeszcze dużo powiedzieć o auroterapji w zależności od różnych postaci gruźiicy płucnej, ograniczę się jednak tylko do następujących uwag:

Nie ma wielkiego znaczenia charakter zmian, czy to będzie postać włóknista, czy wrzodziejąco-włóknista, zserowaciała, czy też wrzodziejąco-zserowaciała, gdyż można przytoczyć dodatnie wyniki auroterapji we wszystkich poszczególnych postaciach. Można powiedzieć, że w gruźlicy ostrej, w postaciach pneumonicznych lub oskrzelowo-pneumonicznych oraz w septycemji prątkowej wynik był zawsze ujemny, przyczem należy odróżnić gruźlicę ostrą, początkującą, w której wynik jest zawsze niepomyślny, od nagłego wybuchu gruźlicy starej, którą dość często daje się opanować. Odwrotnie bardzo dodatnie wyniki dają się zauważyć w postaciach łącznotkankowych i postaciach guzkowatych rozsianych.

Mollard podaje następujący % poprawy: postacie fibro-caseosa wolno postępujące 76%, fibro-caseosa ustalone 65%, włókniste, czyli nieczynne 50%, pneumoniczne, czyli serowaciejące postępujące 45%.

Przypadki świeże nieogłoszone [14]).

Przytoczone poniżej przypadki są bardzo interesujące i zawdzięczają swój wynik terapeutyczny allochryzynie.

[14]) Po zakończeniu powyższej pracy, otrzymałem pracę Wolfa Frieda, zawierającą Wyniki leczenia allochryzyną 30 przyp. w sanatorjum w Saales (Bas-Rhin). Wyniki są następujące: bardzo duża poprawa (4 przyp.), widoczna poprawa (14 przyp.), bez wyniku (5 przyp.), wynik ujemny (6 przyp.), jedno pogorszenie.

Zobaczyć należy również: „Dwa przypadki gruźlicy płucnej postępującej, leczone allochryzyną", podał Anquez (Avenir Médical, luty 1929, str. 49).

1) *Przypadek własny:* Chory z tbc. fibro-caseosa prawego szczytu, stan ogólny zły, wychudzenie, astenia, brak apetytu, gorączka, częsty kaszel, początkowa laryngitis, prątki w liczbie niewielkiej. Prześwietlenie wykazuje wytwarzanie się jamy w prawym szczycie i drobne ogniska, rozrzucone po stronie przeciwnej. Chory źle znosi wysokość (bóle głowy, uderzenia do głowy, bezsenność i t. d.). Nie zgadza się na odmę. W tych warunkach zostaje zastosowane w końcu grudnia 1928 leczenie allochryzyną. Już po czwartej injekcji występuje widoczna poprawa w postaci dobrego samopoczucia, wesołości, apetytu. Po pierwszej serji w ilości 3 gr. soli, zastosowano powtórne leczenie po sześciotygodniowej przerwie. Obecnie stan ogólny jest bardzo dobry, objawy miejscowe nieznaczne, głos zupełnie normalny. Rentgenoskopja wykazuje zwapnienie i zmniejszenie zagęszczenia, zniknięcie drobnych ognisk. Waga bez zmian. Należy zauważyć, że trzecia serja zastosowana w celu ostatecznej poprawy musiała być przerwana z powodu widocznej nietolerancji.

2) *Przypadek przysłany do Komitetu Zdrowia* przez lek. kapitana *Morand.* Ostra gruźlica płuc o charakterze pneumonicznym u pilota, który poprzednio miał dwa razy krwioplucie. Wystąpiło nagle zwątrobienie całego górnego lewego płatu z zapaleniem opłucnej u podstawy. Stan ogólny bardzo ciężki, gorączka bardzo wysoka, zupełna nietolerancja żołądkowa, prątki Kocha bardzo liczne. Pomimo rozpaczliwego stanu, zaczęto stosować allochyryzynę w odstępach bardziej częstych niż zwykle. Nastąpiła szybka poprawa. Po 12 injekcjach stan poprawił się o tyle, że chory mógł opuścić szpital. Poprawa utrzymuje się dotychczas. Przypadek ten jest szczególnie interesujący, gdyż wydawał się beznadziejny.

3) *Cztery przypadki leczone w Ośrodku przeciwgruźliczym XIV-go okręgu* podane przez pułkownika *Julien.* Wyniki leczenia były bardzo zachęcające, szczególnie u oficera z daleko posuniętemi zmianami ostremi na dawnych zmianach łącznotkankowych ze stałą wysoką gorączką i z oznakami bronchopneumonii. Po trzech serjach allochryzyny ilość plwociny z 250 cm dziennie spadła do nieznacznej plwociny rannej. Prątków nie stwierdzono, chociaż szczepiona świnka morska uległa zakażeniu.

Stan ogólny jest doskonały, chociaż zdjęcie rentgenologiczne wykazuje zaciemnione wnęki i silną peribronchitis. Chory prowadzi normalny tryb życia.

4) *18 przypadków w szpitalu wojskowym w Briançon* leczonych sanochryzyną i allochryzyną. Początkowo 14 injekcji sanochryzyny w dawkach wzrastających, ogółem 2 gr., i 2 injekcje allochryzyny (2,5 gr). Chorzy otrzymali dwie serje z przerwą 6 miesięcy. Nastąpiła bardzo szybka poprawa stanu ogólnego we wszystkich przypadkach oraz zmniejszenie ilości plwociny, przyrost na wadze i poprawa samópoczucia. Rentgenologicznie zmian nie wykazano. Z objawów ubocznych po sanochryzynie był tylko jeden przypadek biegunki u chorego z dużą wątrobą (przechodził malarję) i jeden przypadek żółtaczki kataralnej (lekarz pułkownik *Tartarvez).*

W sprawie poglądów na mechanizm działania soli złota w gruźlicy płuc, *Mollard* uważa, iż jest on wypadkową połączenia chemicznego i fizjologicznego wpływu siarki, która przyżega i działa antyseptycznie, oraz złota, które działa jako diataza metaliczna *Xalabardier*[15]) stawia na pierwszem miejscu siarkę, ponieważ miał otrzymać wyniki podobne u 25 chorych, leczonych zwykłym tiosiarczanem sodu. *Lumière* ostatnio doniósł, że podobne wyniki otrzymał z podsiarczynem wapnia, lecz rezultat był mniej wyraźny niż przy allochryzynie[16]).

Opierając się na posiadanych wiadomościach o działaniu złożonych związków siarki i wód siarczanych w gruźlicy płuc, zdaje się być bardziej logicznem, aby właśnie połączeniu metalu z metaloidem przypisać czynność przeciwgruźliczą danego związku, tak jak połączenie arsenobenzolowe jest niezbędne dla akcji przeciwkiłowej *(Dumarest).*

Z punktu widzenia bakterjologji należy zgodzić się z *Leonem Bernard,* że tiosiarczan złota nie jest lekiem swoistym ani bakterjobójczym dla prątków i ich zniknięcie zdaje się być przedewszystkiem wynikiem poprawy stanu ogólnego. Czy nie chodzi tu o zmianę równowagi koloidalnej? Tylko *Lumière* może się zapuszczać na ten dobrze mu znany teren.

[15]) „Co można osiągnąć w gruźlicy płuc przez stosowanie czystego tiosiarczanu sodu" (Revue Méd., Barcelone, 1926, str. 527).

[16]) Thèse, Mollard, str. 344.

B) Gruźlica chirurgiczna.

Przytoczone tu dane są prawie jeszcze nieznane, tylko dwa pierwsze przypadki były ogłoszone przez *A. Lumièr'a i A. Gélibert'a*[17]), pozostałe przypadki zawdzięczam uprzejmości p. *Lumièr'a,* dzięki czemu mogłem je umieścić w Archives de Médecine et de Pharmacie militaires. Na zakończenie kilka przypadków ze szpitala wojskowego w Briancon.

Przyp. I. (ogłoszony). Spina ventosa pierwszej kości śródręcza z ubytkiem kości w pobliżu stawu obwodowego. Chory lat 26, rysownik. Poprzednio przechodził 5 operacji z powodu zapalenia kości lewej stopy, zakończone amputacją, oraz zapalenie gruczołów szyjnych. Zjawił się w klinice Lumièr'a „Bon Abri" 20/I 1928 z nową sprawą na prawej dłoni, trwającą od 6 miesięcy. Stwierdza się obrzęk prawie całego nadgarstka i grzbietu dłoni, na powierzchni dłoniowej przetoka, z której sączy się płyn ropny, grudkowaty. Od 20 stycznia rozpoczęto wstrzykiwanie allochryzyny (0,5 gr. tygodniowo w dwu dawkach) i naświetlanie promieniami ultrafioletowemi. Po miesiącu przetoki się zabliźniły, gruczoły niewidoczne, 15 marca po 16 injekcjach (dwa miesiące) wyleczenie zupełne; chory mógł znów pracować jako rysownik.

Przypadek II. (ogłoszony). Chory lat 20. Liczne ogniska gruźlicze. W dzieciństwie uporczywe sprawy gruczołowe, po których pozostały liczne blizny. Liczne ropnie zimne w rozmaitych miejscach. W styczniu 1927 został przyjęty do szpitala l'Hôtel Dieu z powodu mnogich przetok i dwu nowych ropni: jeden pod prawym obojczykiem, drugi z tej samej strony pod gruczołem sutkowym. Po wyleczeniu zjawia się w szpitalu po raz drugi w listopadzie z powodu nowych ropni na piersiach, plecach, lędźwiach. W ropie znajdują się prątki Kocha. 15 grudnia 1927 zjawia się w klinice „Bon Abri". W chwili przyjęcia ma 5 przetok na klatce piersiowej, datujących od roku, liczne obustronne blizny na szyji oraz ropnie: w okolicy krzyżowej, na prawej łopatce, na tylnej stronie prawego ramienia w górnej trzeciej części; zapalenie opłucnej bez wysięku u podstawy pra-

[17]) „Allochryzyna Lumière w leczeniu gruźlicy chirurgicznej" (Avenir Méd. 1928, str. 285).

wego płuca i stare ognisko zwapniałe w prawym szczycie. Chory jest bardzo wychudzony, blady, śluzówki blade, chodzi zgięty, opierając się na lasce, brak tchu, apetytu, przyśpieszone bicie serca, kaszel. Allochryzyna jak wyżej, pozatem Hémoplase przeciw anemji i Cryogénina przeciw gorączce i bólom. Ropień w okolicy krzyżowej zostaje opróżniony 15 stycznia (dwie świnki zaszczepione padają wskutek gruźlicy uogólnionej), inne ropnie zostają również usunięte. Chory zaczyna nabierać lepszej cery, wyprostowuje się, w miejscach po ropniach zaczynają tworzyć się przetoki i wydzielają się małe martwaki, zaczyna się zabliźnianie ognisk. 15 maja chory nie ma już ani ropni, ani owrzodzeń, ani gruczołów. Nie kaszle, chodzi prosto bez żadnych trudności. Można go uważać za wyleczonego po 19 inj. allochryzyny.

Przypadek III (nieogłoszony). Gruźlica kręgów i gruczołów.

Chory lat 19, wyrobnik, został przyniesiony do kliniki „Bon Abri" 20 maja 1927, z porażeniem prawie zupełnem wszystkich kończyn. Rentgenologicznie nie stwierdza się wyraźnych ognisk w kręgosłupie, zato sztywność karku i dotkliwy ból przy ucisku V i VI kręgu szyjnego, duże gruczoły szyjne z obu stron, brak gorączki, waga 52 kg.

Allochryzyna w ilości 0,4 gr. tygodniowo w dwu dawkach. Po trzeciem wstrzyknięciu powraca czucie, po 15 dniach zdolność ruchów. Po leczeniu trwającem 3,5 miesiąca chory zdaje się być zupełnie wyleczonym, waży 66 kg., gruczoły szyjne niemacalne. Ogółem otrzymał 5,6 gr. soli złota. Powrót do pracy. We wrześniu 1927 nowy spadek na wadze o 12 kg., twarz blado-sina, wymioty, biegunka. Przy badaniu brzucha stwierdza się powyżej pępka w linji środkowej masę wielkości dużej pomarańczy. Nowe leczenie allochryzyną w przeciągu 2 miesięcy, poczem chory wraca do domu w doskonałym stanie zdrowia i wzmożonej wadze. Chory wraca do pracy i do tej chwili jest w dobrym zdrowiu.

Przypadek IV (nieogłoszony). Ognisko gruźlicze na prawym przegubie dłoni. Chory w wieku lat 38. Początek choroby datuje się od 1926 obrzękiem i prawie zupełnem zesztywnieniem stawu. Odczyny torebki maziowej bez krepitacji, ból przy próbach uruchomienia, leczenie przeciwreumatyczne bez wyniku. Rozpoczęto inj. allochryzyny 23 grudnia 1927. Po 20 inj. à 0,2 gr. 6 marca, wyleczenie jest zupełne, ruchy w stawie powróciły do dawnej elastyczności. Wynik ten utrzymuje się dotychczas (listopad 1929).

Przypadek V (nieogłoszony). Ropień zimny w lewej pachwinie. Chory, mularz, lat 25, przechodził obustronną gruźlicę płuc z przewagą po stronie prawej, gdzie znajduje się duża jama. Duże wychudzenie, gorączka, silny kaszel w plwocinie prątki, poty, brak łaknienia. Leczenie allochryzyną (32 inj. à 0,2 gr.) w 3 serjach, przerywane dwukrotnym 3-miesięcznym pobytem na wsi. W październiku 1928 stwierdza się w prawym szczycie tylko oddech chuchający, furczenia i rzężenia zniknęły. Przyrost na wadze 6 kg. W końcu października ropień zimny w lewej pachwinie, na zdjęciu brak wszelkich objawów zapalenia kości. Leczenie zostaje powtórzone i w początkach marca 1929 następuje zupełne wyleczenie. Chory wraca do pracy, doskonały stan zdrowia utrzymuje się.

Przypadek VI. (nieogłoszony). Chora lat 28, krawcowa, od 3 lat cierpi na ostéoarthritis lewej stopy ze stałą przetoką na powierzchni zewnętrznej. Była leczona promieniami ultrafioletowemi bez wyniku. Po leczeniu złotem zupełne wyleczenie w przeciągu trzech miesięcy.

Przypadek VII. (nieogłoszony). Gruźlica kości. Chora lat 20. W 1927 przechodziła przewlekły bronchit lewego wierzchołka. W lipcu 1928 obrzęk prawej stopy, utrudniony chód. Rentgenogram ujemny. W końcu września zjawiła się do kliniki Hôtel Dieu w Lugdunie z zimnym ropniem na grzbiecie stopy i bolesnemi punktami na poziomie kości sześciennej i łódkowatej. Ruchy bolesne, atrofja łydki i pośladka, gruczoły pachwinowe powiększone. Samoistne pęknięcie ropnia 18 października i wyjście mas rozpadowych. Po tarsectomii przedniej okazuje się ognisko pod główką kości skokowej z wielką przetoką ropną, idącą prawie do podstawy piątej kości śródstopia i wypełnioną ziarniną. Trzeba było, niestety, założyć dren na wylot do otworu na podeszwie, a następnie dren poprzeczny. Unieruchomienie, codzienne naświetlanie. W 9 miesięcy po tej operacji chora zostaje odesłana do kliniki Lumièra bez żadnej poprawy z olbrzymim

obrzękiem stopy, utrzymującemi się przetokami i silnem ropieniem. Zaczęto stosować allochryzynę i naświetlanie. W końcu października znaczna poprawa, rany są prawie zagojone. 2/XII 1929 zabliźnienie jest zupełne, żadnego bólu ani obrzęku, chora będzie mogła zacząć chodzić.

O ile wiem, niema więcej ogłoszonych przypadków gruźlicy, leczonej allochryzyną. Zadziwiające wyniki po jej stosowaniu są szczególnie godne uwagi w ciężkich przyp. I, II, III i VII, i zdają się dobrze świadczyć o skuteczności tego środka w gruźlicy chirurgicznej [18]).

Pozatem lekarz pułkownik *Tartavez* leczył wzrastającemi dawkami sanochryzyny ogółem do 2 gr. w szpitalu helioterapji w Briançon 4 przyp. gruźlicy chirurgicznej z gorączką (1 przyp. tbc pleuro-peritoneale, 1 przyp. tbc. stawu biodrowego, 1 przyp. choroby Potta pod potylicą z ropniem zagardłowym i 1 przyp. gruźlicy wielkiego krętarza). W tych 4 przypadkach ciepłota opadła do normy, w 2 przypadkach objawy miejscowe, szczególnie bóle, zmniejszyły się, w 3 przypadkach nastąpiła wyraźna poprawa stanu ogólnego i przyrost na wadze.

U wszystkich chorych chirurgicznych, leczonych czy to sanochryzyną czy też allochryzyną, nie zanotowano ani jednego objawu ubocznego.

[18]) Allochryzyna była również stosowana z powodzeniem w gośćcu przewlekłym. Od 1928 Forestier (Soc. Méd. Hop. de Paris, 1/III 1929), leczył przypadki szczególnie oporne chronicznego reumatyzmu z gorączką i złym stanem ogólnym. Na 15 przyp. było 5 wyleczonych, 5 ze znaczną poprawą, 2 przyp. polepszają się, 3 zostały stracone z oczu. Te rozliczne wyniki tłumaczą się bogatą zawartością siarki w allochryzynie.

WNIOSKI.

Dość dużo spostrzeżeń nagromadzono już obecnie, aby można było zaprzeczać wartości terapeutycznej solom złota. Jest, oczywiście, rzeczą trudną przeprowadzić podział między ich rolą i siłami obronnemi właściwemi każdemu osobnikowi, i jest możliwe, że w niektórych przypadkach zahamowanie sprawy chorobowej było zwykłym zbiegiem okoliczności. Rozwiązuje to zagadnienie jednak statystyka *Leona Bernard'a* i *Mayer'a*, wykazując na 1934 przypadków gruźlicy z gorączką, przyjętych do szpitala Läënnec tylko 5% samorzutnej poprawy w porównaniu do 43% poprawy po chryzoterapji. Fakt ten mówi sam za siebie.

Pomimo wszelkich zastrzeżeń ze strony najbardziej uprzedzonych, rola złota w terapji gruźlicy jest bardzo wielka. Najpiękniejsze nadzieje rokuje ono również w gruźlicy chirurgicznej. Nie można jednak od tego leku wymagać więcej niż on może dać i trzeba być zadowolonym z tego promienia nadziei, który zjawił się na chmurnem dotychczas niebie. Strzeżmy się przed zbytnim zachwytem i niezasłużonem oczernianiem. Powinniśmy mieć zaufanie do chryzoterapji i stosować ją z całą świadomością.

Z pośród soli złota, badanych przezemnie, uważam za najodpowiedniejszą Allochryzynę ze względu na brak toksyczności i prostotę w użyciu. Wobec zupełnej jej nieszkodliwości nie istnieją właściwie żadne przeciwwskazania. Jest ona środkiem odpowiednim dla tych chorych, którzy nie mogą przerywać swych zajęć, a także we wszystkich tych przypadkach, gdy wstrzykiwania dożylne są niemożliwe lub bardzo trudne ze względu na nieodpowiednie żyły lub strach chorych.

Zdrowotność Warszawy w świetle danych Kasy Chorych.

podał
DR. W. MIKLASZEWSKI.

(Ciąg dalszy).

III. Kobiety. Stan ich rodzinny. Zawód. Choroby. (Tablica X).

Z liczby 1983 kobiet, wypada na polki chrześcijanki 1466 i na żydówki 517. Z pośród nich jest bezżennych polek 43,8%, żyd. 55,4%. Poniżej 20 r. ż. jest polek 529 (36,1%), a żydówek 83 (16%); to wskazuje, że sprawa związków małżeńskich wygląda na znaczniej opóźnioną u żydówek. Na stan małżeński wypada 42,7% i 35,6% naszych chorych, na wdowi 10,3% i 6,7%, a na rozwiedziony, przeważnie nieformalnie, 3,2% i 2,3%. W stosunku do liczby małżeństw w poszczególnych grupach wieku wyglądają liczby zerwanych związków zastraszająco: oto w okresie 25 — 29 r. ż. kobiety mamy 10 zerwań na 159 małżeństw (6,3%), od 30 do 34 r. ż. 12 na 116 (10,3%), od 35 — 39 r. ż. 4 na 74 (5,4%), od 40—44 r. ż. 7 na 51 (13,7%) a w następnem 5-leciu, gdy kobieta zamyka już swe kroniki małżeńskie, mamy 7 na 31 (22,6%), czyli blisko czwarta część małżeństw rozleciała się pomimo nieistnienia w kościele katolickim rozwodów. U żydów % te są mniejsze, choć o rozwód b. łatwo.

Nie badam narazie tych liczb, choć nie mogę podkreślić konieczności ich wyświetlenia. W naszych warunkach bytu życie obywatela stabilizuje się na małżeństwie. Bezżenność jest przeciwna naturze i odbija się w sposób widoczny na zdrowiu. Nie możemy oczekiwać koniecznej równowagi życiowej u ludności, której zagadnienia rodzinne przedstawiają się niekorzystnie. Statystyka podaje liczbę małżeństw w Polsce w latach od 1921 — 25 przeciętnie na 10,2, a od 1926 — 30 na 9,3 na 1000 ludności. Są to liczby duże. Ale o rozerwanych małżeństwach niema tu mowy.

Przy podziale kobiet podług zawodów i narodowości widzimy w naszym materjale ogromną przewagę służby domowej i osobistej. U polek wynoszą te 2 pozycje 32,1 i 11,6%, u żydówek 16 i 5,6%. Położenie ich jest korzystniejsze, niż robotników, rzemieślników, wielu sklepowych, nawet i części niższych urzędników i oficjalistów. Jednak chęć zupełnej swobody popycha wiele służących do pracy w pralniach, szwalniach, magazynach, przemyśle, choć warunki bytu są tam znacznie uciążliwsze. U żydów momentem rozstrzygającym jest nieraz rodzina, w której wszyscy członkowie pracują w rozmaitych zawodach, a dochody są obracane na wspólne utrzymanie. Oto w handlu pracuje żydówek 19,4%, gdy polek zaledwo 6,2%. Są to przeważnie sklepowe, zajęte ponad normę ustawodawczą. Naogół wyglądają one mizernie i często chorują. Drugi zawód, wykazujący znaczną przewagę liczbową żydówek, to urzędniczki, biuralistki, kasjerki, stanowiące 18,2% ogółu, gdy u polek 10,9%. W reszcie grup stosunku układają się mniejwięcej podobnie.

Na 823 polki, które tworzyły rodziny, wypada 11064 lata pożycia małżeńskiego, czyli 14,6 lat przeciętnie na rodzinę. Z tej liczby jest niepłodnych 96 kobiet (11,7%), nie licząc tych, które są bezdzietne, lecz były choć raz w ciąży. Na matkę mamy przeciętnie dzieci: żywych 1,54, zmarłych 0,82, ciąży 0,07, poronień samoistnych 0,4, sztucznych 0,31, czyli ogółem 3,14 przebytych ciąży. Liczby te powiększają się z wiekiem i latami pożycia małżeńskiego, lecz nie dosięgają liczb przedwojennych. Na koniec rozrództwa kobiety, 45 — 49r.ż., wypada na 58 kobiet 1245 lat pożycia, czyli 21,4 lat na kobietę. Z nich 4 są niepłodne, a na pozostałe wypada dzieci: żywych po 2,15, zmarłych 1,02, poronień 1,59, czyli ogółem 4,75 ciąży na matkę, gdy przed 25 laty otrzymywałem u ludu 7,54. Po 50 r. ż. na 153 kobiety wypada lat pożycia 4870, czyli 31,7 lat na żonę. Niepłodnych mamy 8, a na pozostałe wypada dzieci: żywych po 2,94, zmarłych 2,29, poron. 0.57,

razem 5,8 ciąży, gdy poprzednio liczba ich dochodziła do 8,62. Uderza tu przedewszystkiem znaczne zmniejszenie śmiertelności i powiększenie liczby poronień, zwłaszcza sztucznych.

U żydówek wypada na 230 zamężnych 2681 lat pożycia, czyli przeciętnie 12,5 lat. Niepłodnych jest 31 (13,4%). Pozostałe mają dzieci żywych po 2,1 zmarłych 0,58, ciąży obecnych 0,08, poronień 0,38, ogółem 3,14 ciąży na matkę. Na koniec rozrództwa przypada na 35 żydówek 1109 lat pożycia (31,6 na kobietę), 2 niepłodne, dzieci: żywych 4,12, zmarłych 1,62, poron. 0,3, razem 6,04 ciąży, a to przypomina stosunki przedwojenne. U żydówek nie spotyka się około 40 r. ż. niezamężnych, gdy u polek liczba starych panien jest pokaźna. Nie jestto jednoznaczne z zaniechaniem życia płciowego.

Co się tyczy chorób, to na pierwszy plan wysuwa się gruźlica. Jest jej u polek 4,8%, a u żydówek aż 11,6%. Rozwój cielesny żydówek jest znacznie gorszy, niż polek, więc odporność ich na gruźlicę pomimo wszelkich teoryj o urbanizacji musi być mniejsza. Zaznacza się jednak naogół stosunkowo łagodny przebieg choroby bez znacznych wahań ciepłoty i krwotoków. Prawie wszystkie te chore nadają się do wyjazdu na wieś.

Współzależność między zawodem a gruźlicą wyraża się w stosunkach następujących: (Tabl. XI)

TABLICA XI.

I. Robotn.	II. Rzemieśln.	III. Służba domowa	IV. Służba osobista	V. Handel	VII. Techn.	VIII. Urzędn.	IX. U rodz.
Polki							
%	%	%	%	%	%	%	%
14 : 123 = 11,4	11 : 252 = 4 3	16 : 472 = 3,4	5 : 170 = 2,9	5 : 91 = 5,5	1 : 59 = 1,7	12 : 161 = 7,4	6 : 138 = 4,3
Żydówki							
4 : 56 = 7,1	12 : 82 = 14,6	7 : 83 = 8,4	6 : 29 = 20,7	13 : 101 = 12,9	1 : 18 = 5,5	12 : 94 = 12,7	5 : 54 = 9,3

Najwięcej gruźliczek jest wśród polek pomiędzy robotnikami i urzędnikami, a u żydówek między służbą osobistą, drobnymi rzemieślnikami, sklepowemi i urzędnikami.

Pod względem liczebności na pierwszy plan wysuwają się choroby narządów trawienia. U polek wynoszą one 22,4%, u żydówek 19,8% ogółu chorób. Z nich na choroby cięższe wypada u polek 36,3% chorób, a u żydówek 37,8%, mianowicie: kwaśnego kataru żołądka 13 i 3 przypadki, wrzodu żoł. 7 i 6, kamicy wątroby 61 i 14, zapalenia wyrostka robaczkowego 38 i 15. W zestawieniu tych cięższych chorób z zawodami otrzymujemy w stosunku do liczby pracowników danego zawodu co następuje: (Tab.l XII)

TABLICA XII.

1. Robotn.	2. Rzemieśln.	3. Służby	4. Sł. osob.	5. Handl.	7. Techn.	8. Urzędn.	9. Rodz.
Polki							
12 : 123 = 9,9	18 : 252 = 7,1	43 : 472 = 9,1	19 : 170 = 11,2	5 : 91 = 5,5	3 : 59 = 5,1	11 : 161 = 6,8	9 : 138 = 6,5
Żydówki							
2 : 56 = 1,8	10 : 82 = 12,2	6 : 83 = 7,2	3 : 29 = 10,3	7 : 101 = 7	2 : 18 = 11,1	5 : 94 = 5,3	3 : 54 = 5,5

Najwięcej ciężkich chorób narządów trawienia wypada na służbę osobistą, więc przedewszystkiem na kelnerki i stróżki, woźne. Zapewne jest to w związku z użyciem wyskoku. Służba domowa wykazuje najwięcej przypadków chorób wątroby (16 i 5) i wyrostka robaczkowego (21 i 2).

Na drugiem miejscu stoją choroby nerwowe (15,3 i 15,6%). Są to przeważnie nerwice, objawy wyczerpania. Ważną rolę odgrywają przy tem zagadnienia płciowe. Podkład organiczny spotykamy u polek w 38,5%, u żydówek w 46,2%, z czego na nerwobóle o wszelkiem umiejscowieniu

TABLICA X. Kobiety.

Wiek	L. spostrzeż.	Stan rodziny: I Wolny	II Małżeński	III Wdowi	IV Rozwiedz.	L. lat pożycia małżeńskiego	Bezpłodnych	Dzieci danej matki: Żywych	Zmarłych	Ciąży	Poronień: Samoistn.	Sztuczn.
POLKI												
>16 r. ż.	16	16	—	—	—							
16 — 19	153	138	14	—	1	14½	2	4	2	5	—	3
20—24	360	233	121	4	2	299	32	84	10	30	11	34
25—29	280	114	149	7	10	798	23	149	42	14	66	59
30—34	199	60	115	12	12	1213	17	172	60	7	49	50
35—39	126	35	74	13	4	1259	6	162	66	—	20	38
40—44	97	23	51	16	7	1365	4	158	93	—	52	47
45—49	67	9	31	20	7	1245	4	116	55	—	37	20
50—59	99	12	48	34	5	2333	6	237	111	—	30	4
< 59	69	3	23	43	—	2537	2	189	239	—	45	3
Ogółem Polki	1466	643	626	149	48	11064	96	1271	678	56	310	258
%	100%	43,8	42,7	10,3	3,2							
ŻYDÓWKI												
>16	11	11										
16—17	24	23	1			1		1				
18—19	48	47	1			1				1		
20—21	59	53	6			7	1	2		2		
22—24	107	89	16	—	2	38	3	11	3	3		6
25—29	99	50	44	2	3	179	11	43	7	7	9	
30—34	62	12	45	1	4	363	5	78	23	3	12	4
35—39	44	2	34	8	—	524	5	81	13		19	
40—49	28		21	5	2	449	4	58	14		12	5
< 49	35		16	19	—	1109	2	136	56		8	2
Ogółem Żydówki	517	287	184	35	11	2681	31	420	116	16	60	17
%	100%	55,4	35,6	6,7	2,3							

Wiek	Zawody: I Robotnicy	II Rzemieślnicy	III Służba dom.	IV „ osob.	V Handel	VI Przemysł	VII Technicy	VIII Urzędnicy	IX U rodziny
POLKI									
>16 r. ż.		3	3						10
16 — 19	9	22	52	5	17	—	3	5	40
20—24	27	65	125	34	35	—	19	42	13
25—29	33	34	104	24	15		10	52	8
30—34	16	43	56	29	11		10	28	6
35—39	6	36	38	22	3		5	15	1
40—44	12	22	31	14	4		5	6	3
45—49	5	8	24	12	1		5	6	6
50—59	13	14	19	19	3		1	4	26
< 59	2	5	20	11	2		1	3	25
Ogółem Polki	123	252	472	170	91		59	161	138
%	8,6	17,2	32,1	11,6	6,2		4	10,9	9,4
ŻYDÓWKI									
>16	1		1		1				8
16—17	5	9	1		3				6
18—19	7	10	11	1	7		2	5	5
20—21	4	13	7	5	16		1	10	3
22—24	14	12	20	5	26		4	21	5
25—29	5	19	15	4	28		2	22	4
30—34	11	10	13	4	5		2	15	2
35—39	5	5	6	3	7		3	15	
40—49	2	4	2	2	7		2	5	4
< 49	2		7	5	1		2	1	17
Ogółem Żydówki	56	82	83	29	101		18	94	54
%	10,8	15,9	16	5,6	19,5		3,4	18,2	10,5

Wiek	Grupy chorób kobiet: I Zakażen.	II Gruźlica	III Weneryczne	IV Guzy	V Gościec	VI Nerwowe	VII Krążenie	VIII Oddychanie	IX Trawienie	X Moczowe	XI Skóry
POLKI											
>16 r. ż.	3	2			1	1		1	2	1	
16 — 19	15	7			3	24	13	20	37	3	2
20—24	21	20	2		9	46	11	62	79	25	1
25—29	12	22	2		6	53	14	29	61	23	1
30—34	5	8	4	2	3	34	4	29	48	20	
35—39	8	2			4	28	2	11	34	12	
40—44	7	2			4	16	3	14	20	7	
45—49		3	1		5	12	4	7	18	5	
50—59	4	4	1	1	8	10	4	3	18	5	
< 59	1				2	2	3	3	13	4	
Ogółem Polki	76	70	10	3	45	226	58	179	330	100	4
%	5,2	4,8	0,7	0,2	3,1	15,4	3,9	12,1	22,6	6,8	0,3
ŻYDÓWKI											
>16	1	2				2	2	2	1		
16—17	2	2			1	5	2	4	5	2	
18—19	3	6	1		1	7		8	11	1	
20—21	4	10				8	4	8	13		
22—24	6	6			3	19	8	18	24	2	
25—29	4	15			2	18	6	17	19	1	
30—34	3	9			2	6	2	8	10		
35—39	2	6			3	6	6	1	6	3	
40—49		1	1			5	2	1	6	3	
< 49	1	3			1	4	3	3	8		
Ogółem Żydówki	26	60	2		13	80	35	70	103	11	
%	4,9	11,6	0,4		2,5	15,5	6,8	13,6	19,9	2,1	

Wiek	XII Kobiece	XIII Rozwoj.	XIV Starcze	XV Wycieńcz.	XVI Urazy	XVII Wole	XVIII Chirurg.	XIX Otyłość cukrzyc.	XX Dna	Zdrowe
POLKI										
>16 r. ż.	2			1	1					1
16 — 19	8	4		5	1	3	2			6
20—24	31	2		30	1	6		1		13
25—29	19	2		18	1	3		2		12
30—34	10			11		4		10	1	6
35—39				10		5		3	2	5
40—44	1	1		4	2			4	5	7
45—49	1	1	4	1				3		2
50—59		4	24	2			1	3	7	—
< 59			34	1	1	1			4	
Ogółem Polki	72	14	62	83	7	22	3	28	18	52
%	4,9	0,9	4,2	5,7	0,5	1,6	0,2	1,9	1,2	3,8
ŻYDÓWKI										
>16						1				
16—17	1									
18—19	1	1		3	1	1		2		1
20—21				2		1		5		4
22—24	1	2		3		2		2	3	8
25—29	4	2		3		2		2	1	3
30—34	4	2		1		3		3	3	6
35—39				3				3	3	2
40—49		1	3	2				3		1
< 49		2	9					1		
Ogółem Żydówki	11	10	12	17	1	10		21	10	25
%	2,1	1,9	2,3	3,3	0,2	1,9		4,1	1,9	4,9

Wiek	1-a miesiączka: > 13 r. ż.	13 — 15	16 — 18	< 18	Stosunki: > 17 r. ż.	17 — 18	19 — 21	< 21 r. ż.	Na tydzień stos.: > 1 stosun.	1 na tydz.	2 — 4	Codzień	Brak
POLKI													
>16 r. ż.	3	8											
16 — 19	12	93	34		4	17	1		6	5	6	4	1
20—24	31	160	140	2	12	29	104	46	51	38	61	19	22
25—29	17	114	115	9	7	18	73	120	40	52	72	16	38
30—34	18	93	73	5	5	21	36	104	24	42	61	12	27
35—39	12	66	35		7	17	28	59	21	31	27	4	28
40—44	9	42	39	4	6	11	31	34	17	16	20	3	26
45—49	9	29	21		5	5	18	34	14	13	3	—	32
50—59	7	41	35	10	5	14	15	57	8	4	2	1	77
< 59	6	33	21	5	2	8	18	38	12	2	3	—	49
Ogółem Polki	126	679	513	35	53	140	325	492	193	203	255	59	300
%	9,2	50,7	37,5	2,6	3,6	9,5	22,1	33,6	9,1	20,1	25,3	5,8	29,7
ŻYDÓWKI													
>16	2	7											
16—17	1	21			1						1		
18—19	5	24	3			2				1	1		
20—21	7	36	13	3		1	6		1	4	2		
22—24	13	52	35	2		1	12	7	1	4	13	1	1
25—29	14	53	25			4	9	36	3	9	26	3	8
30—34	12	33	13		1	1	16	32	3	13	27	1	6
35—39	3	27	12	2	1	6	6	29	7	12	15	3	5
40—49	2	21	4		1		8	19	4	7	11		6
< 49	3	17	5	2	2	12	7	14	3	2	8		22
Ogółem Żydówki	62	291	110	9	6	27	64	137	22	52	104	8	48
%	13,1	61,7	23,4	1,8	1,2	5,2	12,4	26,5	3,1	22,4	44,3	3,3	20,6

Wiek	Zadowolen.: Stałe	Zmienne	Brak	Mąż: Starszy	Równy	Młodszy	Zabarwienie: Blondynka	Szatynka	Brunetka	Pali tytuń: > 18 r. ż.	18 — 21	< 21	Do 10 papier.	Dużo	Pije wódkę: > 18 r. ż.	18 — 21	< 21	Odświętnie	Często	Codzień
POLKI																				
>16 r. ż.															2			2		
16 — 19	8	4	10				—	2	—	2	3		2	3	13			13		
20—24	59	26	106	109	9	6	80	27	2	8	26	4	22	16	145			142		3
25—29	71	24	123	98	15	20	84	48	11	3	7	10	19	1	65	43		104		4
30—34	52	30	84	63	11	33	71	33	11	3	6	13	14	8	10	31	46	80	5	2
35—39	29	15	67	4	9	21	37	22	11	2	2	6	6	4	2	30	33	57	6	2
40—44	18	16	48	43	7	4	24	25	5		2	5	6	1	2	40	9	48	2	1
45—49	16	14	32	27	10	5	13	23	4			2		2	7	20	10	33	3	1
50—59	8	12	26	25	2	5	4	16	7		4		3	1		20		19	1	—
< 59	10	10	46	18	8	11	10	27	2		1		1			35		35		
Ogółem Polki	271	151	542	387	71	105	319	233	53	18	51	40	73	36	246	219	97	532	17	13
%	28	15,7	56,3	68,7	12,6	18,7	52,8	38,5	8,7	16,5	46,8	36,7	65,6	34,4	43,8	39	17,2	94,7	3	2,3
ŻYDÓWKI																				
>16																				
16—17		1																		
18—19	1		1												1	3		4		
20—21	3		4	2					3	1	3		4		4			4		
22—24	3	5	12	1	2	1	1		3	1	5		6		7			7		
25—29	9	10	30	17	5	7	4	9	21		8	2	7	3		14		14		
30—34	12	12	26	21	8	5	4	10	11		1		1			9		8	1	
35—39	10	8	24	18	4	6	6	5	11							3		3		
40—49	6	5	17	11	3	6		2	16		1		1			3		3		
< 49	6	2	27	9	2	2		8	5							4		4		
Ogółem Żydówki	50	43	141	79	24	27	15	34	70	2	18	2	15	3	12	36	—	47	5	
%	21,4	18,3	60,8	60,8	18,4	20,8	12,6	28,6	58,8											

wypada 63 przypadki (72,3%) i 28 (75,7%), na dusznicę oskrzelową, migrenę, 14 (16,1%) i 9 (24,3%), na padaczkę 5 (5,7%), alkoholizm 3 (3,5) i tabes 1. Zestawiwszy te chore podług zawodów, otrzymamy: (Tabl. XIII)

TABLICA XIII.

Z a w ó d	Nerwo-bóle	Migrena	Organ.	O g ó ł e m	1	II	O g ó ł e m
P o l k i					Żyd.		
1 Robotn.	6	1		7:123=5,7%	4	1	5: 56= 8,9
2 Rzemieśln.	18	2	2	22:252=8,7	6	2	8: 82= 9,7
3 Służba domowa	16	5	3	24:472=5,5	3	2	5: 83= 6,—
4 Sł. osob.	12	1		13:170=7,6	1	1	2: 29= 6,9
5 Hanndlowcy	2			2: 91=2,3	6		6:101= 5,9
7 Technicy	4	1		5: 59=8,5	1	1	2: 18=11,1
8 Urzędnicy	5	6		11:161=6,8	6		6: 94= 6,4
9 U rodziny		3		3:138=2,2	1	2	3: 54= 5,4
Ogółem	63	19	5	87:226=38,5	28	9	37:80=46,2

Następne miejsce zajmują choroby narządów oddychania niegruźlicze (12,2% i 13,6%). Jest ich blisko 2 razy mniej, niż u mężczyzn. Są to zazwyczaj choroby krótkotrwałe.

Następne miejsce zajmują choroby narządów moczowych, przeważnie miedniczek i pęcherza. (6,8 i 2,8%). Rozpatrzmy je z uwzględnieniem wieku, zawodu, stanu rodzinnego i rodzaju choroby (Tabl. XIV):

TABLICA XIV.

Choroby	Stan wolny: Panny	Stan wolny: Nie	Małżeński	Wdowi	Rozwiedz.	Razem	Stan wolny: Panny	Stan wolny: Nie	Małżeński	Razem
	P o l k i						ż y d ó w k i			
Nerek	4	2	7	1		14	2		3	5
Miedniczek	4	21	18	6	6	55	1		4	5
Pęcherz	1	10	18		2	31		1	1	2
Ogółem	9	33	43	7	8	100	3	1	8	12

U żydówek spotyka się przeważnie choroby nerek, a u polek — miedniczek i pęcherza. Już to samo nasuwa podejrzenie, czy nie pozostaje to w związku z narządami płciowemi. Wśród panien mamy tych chorób u polek 5 na 448, a u żyjących płciowo 31 na 195, czyli 1,1% wobec 15,9%; u żydówek 1:284 panien i 1:4 żyjące płciowo. Tych ostatnich mamy wśród żydówek w naszym materjale bardzo mało. Zależy to przedewszystkiem od małej liczby służących i kelnerek, wśród których kwitnie życie na wiarę. Mężatki polki wykazują zapaleń miedniczek i pęcherza 36:626, czyli 5,7%, a żydówki 5:184, czyli 2,7%. Wdowy polki 6:152 (3,9%), rozwódki 8:45 (17,7). Wskazuje to, że pożycie płciowe, zwłaszcza nieuregulowane, jest sprawcą tych chorób; wchodzą tu w grę poronienia sztuczne. Również ważnym czynnikiem są choroby weneryczne. Stosunek tych chorób w związku z zawodem przedstawia się tak (*A* — związki płci stałe, *B* — luźne). Tabl. XV:

TABLICA XV.

Zawód	Robotn.		Rzemieśl.		Służba		Sł. osob.		Techn.		Urzędn.		Handl.		U rodziny		Ogółem	
Choroby	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
Nerek	1	1	5		4	1	1		1								12	2
Miedniczek	2		10	2	8	18	3	2	2	1	3		1	1	2		31	24
Pęcherza			8		3	9	2	1	3		4	1					20	11

Najgorzej sprawa wygląda u służby domowej i osobistej, gdzie stosunek legalizowanych związków płci do wolnych jest najmniej prawidłowy.

Pokaźną liczbę wykazuje grupa kobiet wycieńczonych, u których nie spotyka się wyraźnych objawów chorobowych, prócz znacznego wychudzenia, nadpobudliwości, albo przygnębienia i bezsilności. Lekarze zaliczają te kobiety zwykle do niedokrwistych, albo nerwowych, jednak uważam za celowe wyodrębnić tę grupę. Są to przeważnie kobiety przepracowane rodzeniem i karmieniem. Dłuższy wypoczynek i leczenie wzmacniające przywraca im równowagę. Tych wycieńczonych mamy 83 polki i 17 żydówek, czyli 5,6% i 3,3%. Jeżeli jednak obliczyć je w stosunku do mężatek, a nie ogółu chorych, to otrzymamy odsetki 12,2 i 9,3. To są naprawdę ofiary warunków socjalnych, którym należałoby przyjść z rzeczywistą pomocą.

Następne miejsce zajmują choroby zakaźne ostre. Najczęściej spotyka się tam zapalenie gardła i ostre zapalenie oskrzeli. Chorych tych jest wśród kobiet o wiele mniej, niż wśród mężczyzn.

Dość dużą grupę stanowią choroby serca, naczyń i krwi (3,9% i 6,8%). Na choroby serca wypada u polek 42 spostrzeżenia (2,8%) u żydówek 28 (5,5%)), na choroby naczyń u polek 2 tętniaki aorty, u żydówek 7 żylaków. Blednicę i niedokrwistość stwierdziłem tylko u polek w 14 przypadkach, w tem jeden złośliwy. Co do zawodów najwyższe liczby spotykamy u urzędniczek, mianowicie u polek 10 na 161= = 6,2%, a u żydówek 13 : 94 = 13,8%, u rzemieślniczek 13 : 252 = 5,2%, u służby 4,2 i 4,8% oraz u młodych żydówek 12,9%.

Z pozostałych grup chorobowych należy wymienić jeszcze otyłość, którą spotykamy u polek 26 razy (1,8%), u żydówek 16 (3,1%), cukrzycę 2 (0,1%) i 5 (0,9%), dnę 18 (1,2%) i 10 (1,9%).) Są to liczby niewielkie, jednak i w nich zaznacza się w pewnej mierze skłonność rasowa żydów. Również charakterystyczna jest XIII grupa, chorób rozwojowych, polegających w moim materjale najczęściej na ogólnym niedorozwoju cielesnym i specjalnie na obecności płaskiej stopy. Otóż ta grupa jest u żydówek 2 razy liczniejsza, co odpowiada wynikom, jakie otrzymałem przy antropometrycznych badaniach. Nie jest chyba rzeczą przypadku, że i u chorych mężczyzn mamy podobne stosunki, mianowicie 0,4% i 1,3%. To że jest ich parokrotnie więcej u żydów, wskazuje, podobnież jak dane poborowe, badania w szkołach, zakładach ubezpieczeniowych i t. p., że rozwój cielesny żydów jest gorszy.

Wreszcie grupa chorób starczych nie jest miarodajna, jako całość, bo zależy przedewszystkiem od liczby członków rodziny, korzystających z Kasy. Ważniejsze jest to, kiedy występują objawy starzenia się. Ogólne dane, trudne zresztą do ujęcia liczbowo, wskazują, że żydzi, a zwłaszcza żydówki, starzeją się o wiele wcześniej.

Cały nasz materjał, dotyczący zdrowia kobiet, nie przedstawia się przedmiotowo źle: ciężko i przewlekle chorych, poza gruźliczkami i częścią chorych nerwowo spotykamy tu niewiele. Jednak podmiotowo sprawa przedstawia się znacznie gorzej, niż u mężczyzn: biadanie kobiety na ciężkie i przykre dolegliwości i odczuwania, ciągła obawa o życie i wyzdrowienie, o dzieci, których się nie chce osierocić, ciągłe utyskiwanie na ciężką dolę i jakaś dziwna beznadziejność stanowią cechę, właściwą nietylko kobiety w okresie klimaxu, lecz nieraz i dojrzewania. To nastawienie psychiczne czyni z chorej kobiety, niezależnie od jej wieku i choroby, chorą nerwową, której odczuwania ujemne górują nad danemi przedmiotowemi badaniami. Nieraz dają się one wyzyskiwać rozmaitym szarlatanom. Spotkałem się np. z dwiema stróżkami, które sprowadziły z Gdańska jakieś cudowne pigułki, usuwające kamienie żółciowe: zażyły tych pigułek po 60 za 30 zł. i zapewniały, że wyszło z nich po 60 kamieni (?!). Pokazało się, że są to jakieś twory nierozpuszczalne, przechodzące transito przez przewód pokarmowy. Wielki czas, by władze sanitarne położyły wreszcie koniec temu bezceremonjalnemu reklamowaniu się w prasie rozmaitych partaczy lekarskich. Zwłaszcza kobiety, nastawione do cudowności, która jedynie może w ich mniemaniu usunąć ich cierpienia i dolegliwości, padają ofiarą tej spekulacji. A to stanowi wymowne potwierdzenie wrażenia co do przeczulenia ogółu chorych kobiet.

IV. Życie płciowe kobiet. Używanie tytuniu i wyskoku.

Początek dojrzewania dziewczęcia przypada na wiek: (Tabl. XVI)

TABLICA XVI.

	Poniżej 13 r. ż	13 — 15	16 — 18	powyżej 18 r. ż
Polki.	126 — 9,2%	686 — 50,7%	513 — 37,5%	35 — 2,6%
Żydówki	62 — 13,1%	291 — 61,7%	110 — 23,4%	9 — 1,8%

Nie ulega więc wątpliwości, że żydówki wcześniej dojrzewają. Zarazem zaznacza się jeden objaw, który należałoby sprawdzić na większym materjale, mianowicie, że pokolenie starsze zaczynało miesiączkować w wieku późniejszym, że mamy do czynienia z przyśpieszeniem dojrzewania u młodszego pokolenia. Dotyczy to przedewszystkiem kobiet, które zaczęły miesiączkować po 18 r. ż., a jest ich stosunkowo więcej u starszego pokolenia, niż u obecnej młodzieży. Mam wrażenie, że to jest związane z życiem wielkomiejskiem, bo nie stwierdzam tego objawu wśród kobiet ze wsi. Czyżby to był wpływ podniet umysłowych i używek? Sensacje kinowe, teatralne, powieściowe, nastawienie całego życia na nutę miłości, która jest tylko zmysłowością, Erosem, nie Psychą? Ta przedwczesność miesiączkowania odbija się ujemnie na zdrowiu kobiety.

Drugie ważne zagadnienie to wiek rozpoczęcia życia płciowego. Pomijam sprawę samogwałtu, która jest trudna do sprawdzenia u kobiet; niektóre chore same wysuwają to zagadnienie, jako domniemanego sprawcę ich obecnego stanu nerwowego. Słyszy się przy tej sposobności rzeczy nieprawdopodobne. Zatrzymam się więc nad początkiem stosunków płciowych. W naszym materjale uderza przedewszystkiem ogromna liczba niezamężnych: polek 643 (43,8%) i żydówek 287 (55,4%). Wiek zawierania związków małżeńskich przesuwa się wyraźnie poza 25 r. ż. kobiety, choć dawniej był przeciętnie o parę lat wcześniejszy.

Z ogólnej liczby spostrzeżeń mamy 197 polek na 1466 (13,4%), żyd. 3:517 (0,6%), które żyją płciowo bez legalizacji tego stosunku. Są to liczby bynajmniej nie przypadkowe: wobec 9,6% dzieci nieślubnych, jakie wykazuje statystyka Warszawy, należy sądzić, że nasz materjał daje zbyt niskie liczby, ponieważ nie każdy wolny stosunek, doprowadza do ciąży i nie każda ciąża — do porodu. Tu właśnie spotykamy się najczęściej z poronieniami sztucznemi. Rzecz prosta, że kobieta, narażająca największe swe wartości na niepewny los, zmuszana nieraz do stosunków płciowych, nawet do nierządu, nie może być w równowadze umysłowej i nerwowej. Ale to nie jest jeszcze cała grupa: poza temi bezżennemi są jeszcze wdowy, rozwódki, nawet mężatki, utrzymujące pozamałżeńskie stosunki.

Wiek rozpoczęcia stosunków przedstawia się w następujący sposób: (Tabl. XVII)

TABLICA XVII.

	Poniżej 17 r.ż	17 — 18	19 — 21	Powyżej 21 r.ż	Dziewice:
Polki.	53 — 3,6%	140 — 9,5%	325 — 22,1%	492 — 33,6%	31,2%
Żydówki	5 — 0,9%	27 — 5,2%	64 — 12,4%	137 — 26,5%	55%

Naogół więc wiek rozpoczęcia stosunków płciowych jest niezbyt wczesny, przeważają kobiety zupełnie dojrzałe; a na młodociane wypada najwięcej nieślubnych. Dane z Berlina z 1906 r. wykazują pod tym względem horendalne stosunki co do wieku matek: (Tabl. XVII b)

TABLICA XVII b

Wiek matek:	Poniż. 15 r. ż.	15 — 16	16 — 17	17 — 18	18 — 19	19 — 20	Razem noworodków
ślubne			16	120	304	676	1116
nieślubne	4	24	141	338	638	1539	2003

Do takiego opłakanego stanu jeszcze nie doszliśmy! Nas przerażają odsetki 13,4 stosunków nieślubnych. Nie przeczę, że poza ubezpieczonymi w Kasie mogą stosunki przedstawiać się mniej korzystnie, jednak dalecy jesteśmy jeszcze od tego, by macierzyństwo przed 20 r. ż. matki było w zasadzie nieślubne.

Co się tyczy częstości stosunków, to sprawa uzależniona jest przedewszystkiem od wieku. Przeciętne dla wszystkich kobiet, żyjących płciowo, wyglądają w sposób następujący. (Stosunków na tydzień: A. mniej, niż jeden, B. jeden, C 2 — 4, D. codzień i częściej, E. brak stosunków). (Tabl. XVIII).

TABLICA XVIII.

Częstość:	A.	B.	C.	D.	E.
Polki	193 = 19,1%	203 = 20,1%	255 = 25,3%	59 = 5,8%	300 = 29,7%
Żydówki . .	22 = 9,4%	52 = 22,2%	103 = 44,3%	8 = 3,4%	48 = 20,7%

Naogół więc nie można mówić o nadmiernych nadużyciach. Nawet u młodych kobiet pożycie płciowe przebiega nietylko spokojnie, lecz nawet uderza w każdym wieku duża liczba wstrzemięźliwych (A). Są to przeważnie kobiety z tych 197 nieślubnych, które są właściwie zniewalane do stosunków, poddają się pod przymusem i w nadziei zawarcia stałego związku.

Związek zawodu z częstością stosunków przedstawia się tak: (Tabl. XIX)

TABLICA XIX.

Zawody:	I Robotn.	II Rzemieśl.	III Służba	IV Sł. osob.	V Handl.	VII Techn.	VIII Urzędn.
Stosunki	(97)	(200)	(280)	(149)	(48)	(57)	(120)
Rzadko.	21	27	66	35	9	8	16
1 tygodniowo . .	21	61	44	29	12	19	34
2—4 tygodniowo .	30	71	28	51	16	23	42
Codzień . . .	11	16	6	5	1	5	11
Nie ma stosunku .	17	25	136	29	10	2	17

Pominąłem IX gr. u rodziny, wśród której 52 kobiety w podeszłym wieku nie mają stosunków, a 7 córek przy rodzicach miewają je tylko dorywczo. Wśród rzadko miewających stosunki są przedewszystkiem kobiety niezamężne (66), stare 48, ciężko chore 22, wdowy, rozwódki i nieznoszące stosunków płciowych.

Wśród niemiewających stosunków jest 73 niezamężnych, które częstokroć uległy gwałtowi, albo zostały opuszczone przez t. zw. narzeczonego, dalej jest 67 staruszek, a resztę stanowią chore i wdowy. Te 2 grupy utrudniają bardzo orjentację, bo nasuwają przypuszczenie wstrzemięźliwości, choć są przeważnie wyrazem nieuregulowania życia płciowego, lub starości. Zaznaczę, że z 197 niezamężnych przypada na służące 151 (76,2%), a w stosunku do ogółu służących wynosi to 32%. Warto, by na tę liczbę zwróciły uwagę bojowniczki o przywileje służby domowej, które w okresie porewolucyjnym pragnęły dać tym niewykwalifikowanym pracownicom, stojącym na bardzo nizkim poziomie kultury, warunki bytu, przekraczające możność

przeciętnego pracodawcy. Zamierzenie nie powiodło się: zamiast podniesienia pod względem kultury stoczyły się te pracownice do poziomu żywego towaru, którym obracają rozmaici przygodni znajomi, wśród których jest dużo złodziejów i przestępców.

Wracając do częstości stosunków, nie możemy dopatrzeć się wyraźnego związku z zawodem: stosunki co parę dni i codzień spotyka się może nieco częściej u robotników i rzemieślników, niż w klasach pracujących umysłowo, jednak różnice są niezbyt wielkie.

U żydówek sprawa wygląda zupełnie inaczej właśnie skutkiem tego, że liczba nieślubnych wynosi zaledwo 4 na 230. (Tabl. XX):

TABLICA XX.

Zawody:	I (24)	II (51)	III (19)	IV (8)	V (48)	VII (9)	VIII (45)	IX (19)
Rzadko	2	6	2	1	9	1	6	
1 tygodnia	2	16	2	3	12	3	13	
2—4 tygodni	17	18		2	25	5	18	1
codzień	1	4			1		4	
niema stosunku . . .	2	7	11	2	3		4	18

I tutaj nie można mówić o nadużyciach płciowych.

Rozpatrzmy wreszcie sprawę zadowolenia stosunkami płciowemi. Już w poprzednich pracach wskazywałem, że spotyka się je stosunkowo rzadko, u kobiet z ludu, mianowicie: jako objaw stały u 7,5%, zmienny u 11,56%, jako zupełną obojętność płciową u 72,64% i jako odczuwanie wstrętu u 8,3%. Są to odsetki, oparte na 2880 pacjentek moich z klas pracujących cieleśnie. Nie lepiej wygląda sprawa u klas pracujących umysłowo: na 470 spostrzeżeń było kobiet, odczuwających stale zadowolenie zaledwo 7,8%, zmiennie około 30%, reszta była obojętna a nawet blisko 40% młodych mężatek doznawało wstrętu. Jestto sprawa olbrzymiej doniosłości. Pożycie małżeńskie uzależnione jest od tych odczuwań, bo i mężczyzna nie zachowuje się względem nich obojętnie.

Tu znajdujemy odpowiedź na fakt częstości zrywania małżeństw, i co do tego posępnego, rozgoryczonego nastroju, jaki zaznaczyliśmy u ogółu chorych kobiet. Hasła równouprawnienia kobiet, są właściwie odpowiedzią na ten stan rzeczy. Nazywa się go mylnie uciemiężeniem kobiety przez mężczyznę. A milczy się o tem, że tensam stan przekazywania życia pokoleniom trwa w całej przyrodzie i nie daje się zmienić. Tylko że pręciki kwiatu, gdy zapyliły słupek, więdną i opadają wraz z całą barwną koroną, a pozbawiona tego stroju makówka traci szybko swą zieleń, czernieje, rogowacieje i staje się zgrzybiałą, pomarszczoną wdową. Kwiat niezapylony zachowuje dłużej swą krasę, lecz nie da owocu. To są dwa przyrodzone zejścia do wyboru. I w świecie zwierzęcym rozdział płci jest wyraźny: samiec pożąda rozkoszy i jest niewybredny w jej wyborze, a samica rządzi się instynktem macierzyńskim, choć wkłada on na nią przykre ciężary, nie chce pozostać jałówką, niewypłacalnym dłużnikiem. U najwyższego gatunku zwierzęcego tesame popędy i instynkty zostały przybrane w barwną koronę warunków społecznych, które jednak nie mogą zacierać samej zasady rozrództwa i ochrony gatunku. Ilekroć są one zagrożone, występuje zatarg, bolesny dla strony, która targnęła się na niewzruszone prawa. A to jest właśnie źródłem bólu i cierpienia. Powiększa się ono i pogłębia w miarę postępu kultury. Chłopski ożenek „wedle wiktu i opierunku" jest już wielkim postępem w porównaniu do pasterskiego ujęcia sprawy przez ludy koczownicze, np. podstępne podstawienie przez Labana Liji zamiast Racheli Jakóbowi za żonę. A Laban się tłomaczy: „Nie jestto w zwyczaju u nas, aby miano wydawać za mąż młodszą przed starszą. Wytrwaj z tą tydzień, a dam ci i tę za służbę, którą mi będziesz służył jeszcze drugie 7 lat". A Jakób kochał Rachelę, bo „była pięknego oblicza i wdzięczna na wejrzeniu, ale Lija była chorych oczu... A widząc Pan, że nienawidził Liję, otworzył żywot jej, a Rachel niepłodna była... I rzekła Rachel do Jakóba: daj mi syny, a jeżeli nie dasz, umrę. Zapalił się tedy gniewem Jakób na Rachelę i rzekł: zażem ja Bóg, który zawściągnął płód żywota twego?" To jest cała epopea ludów pierwotnych, u których poza popędem

płciowym, zjawia się już pierwotne ujęcie doboru naturalnego. Nie zwraca się jeszcze tu uwagi na pokrewieństwo, nie wie się, że małżeństwo z ciotecznemi siostrami, odbija się ujemnie na potomstwie, bo rozrództwem kieruje Bóg, nie rozumie się szkodliwości wielożeństwa i nałożnictwa, jednak są to już pierwsze przejawy złożonego procesu duchowego, z którego ma się zrodzić miłość. Zakon stoi jeszcze na stanowisku obrony przedewszystkiem rodu i nakazuje ożenek młodszego brata z wdową po starszym pod grozą, że jeśli powie: „Nie chcę jej pojąć, przystąpi bratowa jego do niego przed oczyma starszych, a zzuje trzewik jego z nogi jego, i plunie na twarz jego, a odpowiadając rzecze: Tak się stanie mężowi, któryby nie budował domu brata swego. I nazywać będą imię jego: Dom wyzutego". Temu przymusowi nie chciał się poddać np. Onan, wychodząc z założenia, że potomstwo od bratowej nie byłoby jego i wolał uprawiać w celu samoobrony samogwałt, który zyskał nazwę od jego imienia.

Cofnęliśmy się o kilka tysięcy lat, by wyjaśnić zagadnienie tworzenia się pojęć o małżeństwie i rodzinie, na których opiera się dalsze kształtowanie się instytucji stałego związku płci. Od czasu tych barbarzyńskich wzorów, stanowiących już wielki postęp w porównaniu z ustrojem życia ludów dzikich, gdy kobieta była jeszcze tylko wartością wymienną, dokonała się wielka ewolucja. Nie zadawala ona wprawdzie zwolenniczek zupełnego równouprawnienia płci, jednak wskazuje wymownie na czynniki potężniejsze, niż samolubstwo mężczyzny — przyrodzony podział rozrództwa pomiędzy dwie płci. Tego prawa nie zmieni żadne prawodawstwo ludzkie, a porywanie się na to wnosi tylko zamęt do życia człowieka. Rozrództwo jest również pracą twórczą, bardziej od innych złożoną, więc brak zadowolenia przy tym akcie wskazuje na pogwałcenie praw zasadniczych. Należy dociec, na czem ono polega. Wyjaśniają to niektóre nasze chore. Jedna mówi: nie kochałam mego pierwszego męża i nie miałam w pożyciu z nim zadowolenia, które odczuwam z drugim mężem. Wiele rozwiedzionych i mających kochanków potwierdzają to samo zdanie. Lija może być nienawistna dla Jakóba, jako narzucona mu podstępnie, lecz może rodzić, a ukochana dla pięknego oblicza Rachela może być niepłodna, ale napewno ma zadowolenie w pożyciu małżeńskiem, bo tylko kobieta kochająca wychodzi ze stanu bierności i bierze udział czynny w pracy, którą jest tworzenie młodego pokolenia.

Akt płciowy wymaga całkowitego skupienia, nastawienia bez troski podobnież, jak praca umysłowa, której niepodobna wykonywać w hałasie i wrzawie. *Nyström* uważa kobiety niezmysłowe za ofiary wychowania klerykalnego, które przez wieki kaziło ducha kobiecego, głosząc pogardę ciała, świętość czystości niepokalanej, wzniosłość dziewictwa. Jeżeli w Szwecji, która od kilku stuleci wyszła z pod wpływów wstecznictwa średniowiecznego, stworzywszy kościół narodowy, istnieje to zagadnienie, to cóż musi się dziać w Polsce przy jej podporządkowaniu zagadnień rodzinnych i społecznych czynnikom, nie mającym o nich niezależnego sądu!

Z zadowoleniem stwierdzam, że odsetek kobiet, doznających rozkoszy płciowej jest w naszym materjale 4-krotnie większy, niż to stwierdziłem przed 25 laty. Czy te 28% kobiet zadowolonych mamy położyć na karb poprawy ogólnej warunków społecznych i gospodarczych we wskrzeszonej Polsce? Zbyt krótki czas na tak olbrzymi przewrót! Rzecz tłomaczy się zdaje się prościej: mamy do czynienia z innym materjałem ludzkim. Tam był proletarjat Warszawy, pozostający za moskali w nędzy materjalnej i zupełnym analfabetyzmie we wszystkich dziedzinach życia, i — klasy uprzywilejowane z zatrważającemi objawami ich wyrodnienia, a tu mamy przeważnie klasy pracujące i mające ludzkie warunki skromnego bytu. Jednak 56,3% polek i 60,6% żydówek obojętnych płciowo, a w ich liczbie jest około 10% takich, które doznają wstrętu przy stosunkach, to są liczby wielkie i niemożna pozostawić ich bez pewnego oświetlenia.

Przedewszystkiem nasuwa się przypuszczenie co do wpływu wieku kobiety na jej odczuwania płciowe. Jako odpowiedź częstą spotykam u starszych kobiet: dawniej, w początkach pożycia, doznawałam zadowolenia, ale teraz nie. Byłoby to pewnego rodzaju stępienie zmysłów. Spójrzmy więc, co mówią nasze liczby o kobietach, nie doznających zadowolenia płciowego, w stosunku do ogólnej liczby żyjących płciowo (Tabl. XXI):

TABLICA XXI.

Wiek:	16–19 r.ż.	20 — 24	25 — 29	30 — 34	35 — 39	40 — 49	50 — 59	powyż. 59
Polki . . .	$\frac{10}{22}$=45,4%	$\frac{106}{181}$=58,5%	$\frac{123}{221}$=56%	$\frac{84}{166}$=50.5%	$\frac{67}{111}$=60.3%	$\frac{80}{144}$=55,5%	$\frac{26}{46}$=56,5%	$\frac{46}{66}$=69,1%
Żydówki . .	$\frac{9}{5}$=55,5%	$\frac{12}{20}$=60%	$\frac{30}{49}$=61%	$\frac{26}{50}$=52%	$\frac{24}{42}$=57%	$\frac{17}{28}$=60,7%	$\frac{29}{35}$=77,1%	

Zestawienie powyższe nie wyjaśnia dostatecznie sprawy, choć ma się wrażenie, że istotnie w wieku młodym kobiety mają większe zadowolenie z pożycia płciowego. Nie są to jednak różnice jaskrawe, wyjąwszy wiek starczy, gdzie stosunki są zresztą nader rzadkie. Musimy szukać innych czynników. Jeden z nich to ślubność i nieślubność związków. Z zestawienia ogólnego tych 197 spostrzeżeń wynika, że stałe zadowolenie płciowe występuje w 30,4%, zmienne w 9,1%, brak go w 60,5%, czyli odsetki nie różnią się zbytnio od przeciętnych. Przy podziale tych spostrzeżeń podług wieku rozpoczęcia stosunków otrzymamy: (Tabl. XXII)

TABLICA XXII.

Wiek	L. spost.	zad. stałe	zad. zmien.	Brak zadow.
Poniżej 17	12	6		6 50%
17—18 r.ż.	21	5	2	14 66,6%
19—21	73	23	6	44 60,3%
Powyżej 21	91	26	10	55 60,3%
Ogółem	197	60 30,4	18 9,1	119 60,5%

A więc i u tych nieślubnych nie widzimy specjalnie większego odsetka kobiet nieodczuwających zadowolenia, choć właśnie one podlegają największym wstrząsom, niepokojom, wyrzutom sumienia. Wprawdzie znaczna ich liczba zaprzestaje niebawem stosunków, które wystawiała sobie zupełnie inaczej, jednak to potwierdza fakt, że życie płciowe nie jest dla nich istotną koniecznością.

Zastanawiałem się też nad wiekiem małżonka i różnicą wieku małżonków, ponieważ mąż znacznie starszy może być nieudolnym, a przynajmniej osłabionym płciowo. Otóż 68,7% mężów są starsi od żon. Przeciętne starszeństwo wynosi około 5 lat, 12,6% jest w równym wieku, a 18,7% są młodsi o 3,6 roku. Pominąwszy kobiety powyżej 54 lat, nie miewające przeważnie stosunków, otrzymujemy grupę 400 kobiet, z których miewa zadowolenie stale 124 (31%), zmienne 48 (12%), a nie miewa go zupełnie 228 (57%). A więc i ta grupa nie różni się od całości materjału. Uwzględniwszy przeciętne różnice wieku i oddziaływanie płciowe, otrzymamy u kobiet, których mężowie są: A) starsi od nich, B) — równi wiekiem i C) — młodsi, odsetki następujące: I. stałe zadowolenie, II. — zmienne, III. — brak zadowolenia i wstręt: (Tabl. XXIII)

TABLICA XXIII.

Różnica wieku	I. Lat	L spostrz	%	II. Lat	L. spostrz.	%	III. Lat	L. spostrz.	%
A. Starsi przeciętnie 0	5,6	87	31,7%	5,7	30	10,9%	6,2	158	57,4%
B. Równi wiekiem		16	30,2%		8	15,1%		29	54,7%
C. Młodsi przeciętnie 0	4,3	21	29 2%	2.5	10	13,9%	3,6	41	56.9%
Ogółem na:		124			48			228	
A. Starszych			70,2%			62,6%			69,3%
B. Równych wiekiem			12,9%			16,6%			12,7%
C. Młodszych			16,9%			20,8%			18 %

A więc i ta grupa nie daje jaskrawych różnic oddziaływania płciowego kobiety w związku z różnicą wieku jej męża. Nawet przy podziale na kobiety przed 30 r. ż. i 30 — 54 r. ż. powtarza się to samo, choć między doznającemi stale zadowolenia mamy mężów starszych o 17, 14, 13 lat, a wśród niedoznających zadowolenia jest kilka

przypadków, gdy mąż jest starszy o 40, 25, 22, 20, 18 lat. Nawet grupa młodszych mężów nie wykazuje większego odsetka zadowolonych żon, choć uważana jest za wyraz namiętności kobiecej. To zdaje się wskazywać, iż różnica wieku małżonków nie odgrywa wyraźnej roli w sprawie zadowolenia płciowego.

Nie podaję odnośnych zestawień u żydówek, ponieważ odsetki wypadają tam podobne, choć liczba młodszych i równych wiekiem mężów jest tam większa.

Z innych czynników, mających wywierać wpływ na odczuwania płciowe kobiety wysuwano jej cechy barwne. Brunetki uchodzą za bardziej zmysłowe od blondynek. Jednak samo zestawienie polek z żydówkami przeczy temu poglądowi, bo w naszym materjale mamy blondynek polek 52,8%, żydówek 12,6%, szatynek 38,5% i 28,6% i brunetek 8,7% i 58,8%, a swoją drogą odsetek doznających zadowolenia polek jest, jak widzieliśmy, większy. (Tabl. XXIV).

TABLICA XXIV.

	I. Stałe zadow.		II. Zmienne zad.		III. Brak zadow.		Ogółem	
Polki								
Blondynki do 30 r.ż. . .	43	37,2 %	14	12 %	59	50.8%	116	100 %
30—54 r.ż. .	40	27,6 „	27	18,6 „	78	53,8 „	145	100 „
Szatynki do 30 r.ż. . .	21	34,3 „	6	9,9 „	34	55,8 „	61	100 „
30—54 r.ż. .	38	27,5 „	18	13,1 „	82	59,4 „	138	100 „
Brunetki do 30 r.ż. . . .	2	28,6 „	1	14,3 „	4	57,1 „	7	100 „
30—54 r.ż. .	12	29,2 „	10	24,5 „	19	46,3 „	41	100 „
Ogółem polki . .	156	30,8 „	76	15 „	276	54,2 „	508	100 „
Żydówki								
Blondynki	3		1		3		7	
Szatynki	3		7		16		26	
Brunetki	19	24 „	10	12,7 „	50	63,2 „	79	100 „
Ogółem żydówki .	25	22,3 „	18	16,1 „	69	61.6 „	112	100 „

Różnice pomiędzy przedstawicielkami rozmaitych cech barwnych są niewielkie. Kobiety przed 30 r. ż. doznają częściej zadowolenia płciowego i w wyższym stopniu blondynki, niż brunetki i typy mieszane. Ale i ta cecha ma znaczenie tylko drugorzędne, a nie rozstrzygające.

Rozpatrzmy wreszcie związek pomiędzy zadowoleniem płciowem a liczebnością ciąży, które przechodziły nasze kobiety. Ciąża jest ciężką pracą, więc wiele kobiet uchyla się od niej, i podczas aktu płciowego niepokoi je trwoga, byle znowu nie zajść. Stosowane są szeroko środki zapobiegawcze, zwłaszcza najtańszy w mniemaniu wielu mężczyzn, a najkosztowniejszy w skutkach, sposób przerywania stosunku. Prowadzi to u mężczyzn do swoistych nerwic, a u kobiet wywołuje poza rozdrażnieniem ogólnem nieraz i brak odczuwania przyjemności. Stwierdzam, że ten gwałt przeciw naturze jest szeroko stosowany, przynajmniej przez 25% naszych chorych. Niejednokrotnie powrót do trybu przyrodzonego działa skuteczniej, niż różnorodne leki i zabiegi uspakajające.

Aby dać pojęcie o korelacji pomiędzy zadowoleniem płciowem kobiet, a liczbą przebytych przez nią ciąży, dzielę cały materjal na 3 grupy podług rodzaju oddziaływania kobiety i na 5 grup podług liczby przebytych ciąży. Wliczam wszystkie dzieci żyjące, zmarłe, ciąże i poronienia i dzielę wszystkie chore na grupy wieku ich: poniżej 30 r. ż. i od 30 — 54. W ten sposób zmniejsza się nieco liczba spostrzeżeń, jednak pozbywamy się materjału mniej pewnego. Do wyliczeń włączam wszystkie kobiety, żyjące płciowo, a nietylko mężatki. Pozatem wprowadzam podział podług zawodów. (Liczby rzymskie oznaczają zawody. A — wiek poniżej 30 r. ż., B — 30 — 54). Tabl. XXV.

Po odrzuceniu kobiet starszych i części nieślubnych, które miewały tylko stosunki dorywcze, materjał nasz zmniejszył się u

TABLICA XXV

ZADOWOLENIE:	Stałe								Brak								Zmienne								OGÓŁEM								
	I	II	III	IV	V	VII	VIII	IX	I	II	III	IV	V	VII	VIII	IX	I	II	III	IV	V	VII	VIII	IX	I	II	III	IV	V	VII	VIII	IX	Razem
Polki																																	
Bezpłodne A	3	9	8	4	2	3	3		—	4	4	4	2	2	1		1	4	2	1	—	—	2		4	17	15	9	4	5	6	—	60
„ B	3	5	9	1	1		1		3	7	10	6	2	5	3			3	3	1		1	2		6	15	22	8	3	6	6	—	66
1 ciąża A	4	8	13	4	—	2	5		12	9	27	4	3	5	4		2	4	4	2	1		2		18	21	44	10	4	7	11	—	115
„ B	1	4	8	2	1	1	7		2	3	21	3	2	2	4		1	4	2	1		1	4		4	11	31	6	3	4	15	—	74
2—4 ciąży A	2	2	2	5	1	3	6		8	10	10	5	1	4	6		1	2		1		1	2		11	14	12	11	2	8	14	—	72
„ B	1	5	10	7	2	3	11	1	9	17	17	9	3	7	7	5	2	9	2	2	1		3		12	31	29	18	6	10	21	6	133
5—7 ciąży A	3	—	1	1			1	—	1	4		2	2		1	—	1						1		5	4	1	3	2	—	3		18
„ B	1	3	2	1				2	3	13	6	7	1	2	1	2	3	6	1	4			1		7	22	9	12	1	2	2	4	59
Powyż. A							2			1								1								2					2		4
7 ciąż. B	1	4	2	2			2		3	8	5	7	2	2	1	2		4		1				1	4	16	6	10	2	2	3	3	46
Ogółem polki A	12	19	24	14	3	8	17	—	21	28	42	15	8	11	12	—	5	11	6	4	1	1	7	—	38	58	72	33	12	20	36	—	269
B	7	21	30	13	4	4	21	3	20	48	59	32	10	18	16	9	6	26	8	9	1	2	10	1	29	95	97	54	15	24	47	13	378
A i B	19	40	54	27	7	12	38	3	41	76	101	47	18	29	28	9	11	37	14	13	2	3	17	1	71	153	169	87	27	44	83	13	647
% %	26,7	26,1	31,9	31	25,9	27,3	45,7	23,1	57,8	49,7	59,7	54	66,7	65,9	33,7	69,2	15,5	24,2	8,4	15	7,4	6,7	20,6	7,7	10,9	23,4	26	14,2	4	6,8	12,7	2	100%
Żydówki																																	
Bezpłod.	1	2	1	—	4		2		1	6	2	2	7		5		1				1	1	2		3	8	3	2	12	1	9		38
1 ciąża	2	2			1	2	7	1	4	5	4		6	1	9			1	1		3	1	2		6	8	5		10	4	18	1	52
2—4 ciąż.		3			5		2	1	5	19	2	4	7		8	2		1	1		3		4		5	23	3	4	15		14	3	67
Powyż. 5			1		1	1	1			6	1		5		1	3	4	2			2	1		1	4	8	2	—	8	2	2	4	30
Ogółem żydówki	3	7	2	—	11	3	12	2	10	36	9	6	25	1	23	5	5	4	2		9	3	8	1	18	47	13	6	45	7	43	8	187
% %	16,6	14,9			24,4		27	9	55,5	76,5			55,5		53,5		27,7	8,5			20		18,6		9,7	25,2	6,9	3,2	24	3,7	23	4,3	100%

polek do 647, a u żydówek do 187 spostrzeżeń. — W związku z tem zmieniły się nieco odsetki odczuwania zadowolenia przez kobiety, mianowicie: (Tabl. XXVI)

TABLICA XXVI.

	Stałe		Zmienne		Brak zadowolenia	
	było %	jest %	było %	jest %	był %	jest %
Polki	28	30,9	15,7	15,2	56,3	53,9
Żydówki	21,4	21,4	18	17,2	60,6	61,4

Wahania są zatem stosunkowo niewielkie. Uwzględniwszy liczbę ciąży i wiek badanych, otrzymamy: (Tabl. XXVII)

TABLICA XXVII.

	Zadowolenie stałe				Brak zadowolenia				Zmienne				Ogółem	
	przed 30 r.ż.		po 30 r.ż.		przed 30 r.ż.		po 30 r.ż.		przed 30 r.ż.		po 30 r.ż.			
		%		%		%		%		%		%		
Polki														
Bezpłodne . .	32	53,3	20	30,3	18	30	36	54,5	10	16,7	10	15,2	60	66
1 ciąża . . .	36	31,3	24	32,4	64	55,6	37	50	15	13	13	17,6	115	74
2—4 ciąże .	21	29,2	40	30	44	61,1	74	55,6	7	9 7	19	12,3	72	133
5—7 ciąży .		15	19,4%			45	58,6%			17	22%			77
powyżej 7 ciąży		12	24%			31	62%			7	14 %			50
Żydówki														
Bezpłodne . .		10	26,3			23	60,5			5	13,2			38
1 ciąża . . .		15	28,8			29	55,8			8	15,4			52
2—4 ciąży .		11	16,5			47	69,9			9	13,5			67
powyżej 5 ciąży		4	13,3			16	53,3			10	33,3			30

U bezpłodnych jest najwyższy odsetek kobiet, doznających stale zadowolenia. Dotyczy to przedewszystkiem kobiet przed 30 r. ż., zarówno polek, jak i żydówek. Nawet po jednej ciąży trzymają się odsetki zadowolonych na wyższym poziomie od przeciętnych. Dopiero dalsze ciąże, szczególniej powyżej 4, sprowadzają wyraźne zobojętnienie. To jest swoiste znużenie, żądające jedynego, przyrodzonego usunięcia w drodze wypoczynku. Zwłaszcza tam, gdzie ciąże następują w krótkich odstępach po sobie, gdzie kobieta nie skończyła jeszcze karmić, albo przeciąga umyślnie ten akt poza rok w przesądnem mniemaniu, że się ustrzeże od nowej ciąży, zaznacza się wyraźnie to zobojętnienie płciowe. Występuje ono najwyraźniej u młodych matek, których rozrództwo zaczęło się przed 20 r. ż.

Zestawienie naszych liczb podług zawodów i obliczenie odsetkowe zadowolenia płciowego w stosunku do liczby kobiet, żyjących płciowo w danym zawodzie, daje parę charakterystycznych liczb. Najwyższy odsetek zadowolenia 45,7% daje grupa VIII żony urzędników. Przed 30 r. ż. wynosi ona nawet 47,2%, a doliczywszy do niej kobiety doznające niestale zadowolenia (19,4%), otrzymamy 66,6%. Na drugiem miejscu stoi służba domowa, dająca 31,9% stale zadowolonych i 8,4% zmiennie. W tej grupie mamy na 54 służących 25 nieślubnych, a ich odczuwania dodatnie stwierdzamy przeważnie w młodym wieku. U pozostałych grup zadowolenie daje odsetki niższe od przeciętnych. Najwyższe odsetki odczuwań ujemnych spotykamy u kobiet przy rodzinie, u sklepowych (66,7), u techników (65,9%), u służby (59,7%) i robotników (57,8%).

Jeszcze jeden czynnik zasługuje na za-

znaczenie, mianowicie obecność cięższej choroby, która czyni nieraz zupełnie niezdolną do pożycia płciowego. Z liczby gruźliczek polek połowa (35) żyje płciowo, a wśród żydówek 25:60. W zestawieniu podług zawodów i wieku tych chorych przed 30 (A) i po 30 r. ż. (B) otrzymamy: (Tabl. XXVIII)

TABLICA XXVIII.

Zawody	I		II		III		IV		V		VII		VIII		Ogółem		Zadowolenie
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	
gruźlicze Polki	—	—	1	—	—	1	—	2	2	—	—	—	4	2	7	5	Stałe
	—	—	3	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	5	2	Zmienne
	6	1	—	3	2	2	—	—	2	—	—	—	—	—	10	6	Brak
Razem	6	2	4	3	3	3	1	2	4	—	—	—	4	3	22	13	
gruźlicze żydówki	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	1	Stałe
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	Zmienne
	4	—	4	2	1	2	—	1	1	1	—	—	2	1	12	7	Brak
Razem	6	—	4	2	1	2	—	1	1	1	—	—	2	4	15	10	

Liczby nie są duże, jednak przeczą poglądowi co do rzekomej zmysłowości gruźliczek. Doznających stale zadowolenia mamy polek 12 na 35, czyli 34,2%, a żydówek 4:25 = 16%, czyli liczby nie większe, niż przeciętne. W dodatku przeważają tu kobiety przed 30 r. ż. i to wśród grupy VIII, najlepiej uposażonych stosunkowo urzędniczek. Te 12 i 4 przypadki nie mówią o nadmiernej zmysłowości gruźliczek i nie usprawiedliwiają takich śmiesznych poczynań, jak przedzielenie murem zakładu dla gruźlików w Otwocku, by oddzielić od siebie obie płci.

Nerwice spotykamy u polek, żyjących płciowo, w 89 przypadkach na 139 (64%), a u żydówek 14:43 (32,5). Trudno powiedzieć, czy istniały przed zaczęciem stosunków płciowych, czy wywiązały się dopiero potem może w związku z niemi. Nie ulega jednak wątpliwości, że samo pożycie płciowe nie wpływa jeszcze kojąco na układ nerwowy. Z ogólnej liczby nerwicowych polek przypada na zadowolone ze stosunków płciowych 10 przed 30 r. ż. i 13 pomiędzy 30 — 54 r. ż., czyli 19:44 = 44,2% i 13:45 = 33,3%. więc i tu wiek odbija się na zmniejszeniu częstości odczuwań dodatnich. U żydówek wynoszą one 5:14 = = 35,7%. Zasługuje na uwagę, że i tu zawód zda się mieć pewien wpływ, mianowicie na 32 polki, odczuwające stale zadowolenie, wypada 14 służących (37,6%) i 9 urzędniczek (28,1%), a to daje w stosunku do liczebności tych grup, u służących 14:28 = 50% a urzędniczek 8:15 = = 53,3%. A więc i w tych drobnych pozycjach powtarza się stan, który omawialiśmy już parokrotnie. Zasługuje jeszcze na zaznaczenie, że w chorobach organicznych układu nerwowego spotykamy 4:13 = = 30,8% odczuwanie dodatnie.

W szeregu pozostałych chorych najbierniejsze płciowo są kobiety otyłe, dnawe, cukrzycowe.

Rozpatrzmy jeszcze stosunek pomiędzy odczuwaniami płciowemi a czasem rozpoczęcia miesiączki. Interesuje nas przedewszystkiem przedwczesność i znaczne opóźnienie miesiączki. Otóż u polek mamy 82, które zaczęły miesiączkować przed 13 r. ż. 26, doznających stale zadowolenia płciowego (31,7%), a na 12 miesiączkujących po 18 r. ż. — tylko 3 (25%). U żydówek mamy 4:21 = 19% u przedwcześnie rozwiniętych. W porównaniu z przeciętnemi przedwcześnie rozwinięte wykazują nieco większy odsetek zadowolonych. Jednak uwzględnienie zawodu i ślubności związku płci wskazuje w tej grupie aż 7 nieślubnych, w tem 5 służących, czyli specjalnie namiętną grupę, i 9 urzędniczek.

Zagadnienie zadowolenia płciowego u kobiety jest nader złożone. Tysiące czynników odbijają się na jej stanie psychonerwowym, który jest o wiele bardziej złożony, niż to się wydaje pisarzom powieści t. z. psychologicznych. Pogoń za sensacją każe im sięgać do takiego śmietnika, jak szulerzy zawodowi w dramacie Croisseta

„Jastrząb“, albo w sztuce „Artyści“, przedstawiającej życie zakulisowe cyrku. Ma to niby stanowić ilustrację potęgi miłości, którą spotykać się ma nawet wśród rozmaitych wykolejeńców, wahających się pomiędzy szpitalem dla nerwowych i warjatów, a więzieniem. Podobną stronę duchową dają niewybredni autorzy naiwnym widzom rozmaite teatry świetlne i bajdopisi. Te wzory oddziałują zgubnie na ogół, wprowadzony w błąd, że to znawca życia odsłania jego tajniki. A to są przeważnie przeżycia osobiste poszukiwaczy rozkoszy płciowych. Podniosłe uczucie miłości, zdolne stwarzać bohaterów chwili, obywateli, zostaje strącone do poziomu, na jakim stał człowiek pierwotny, do chuci, zmysłowości. Kształcona na takich wzorach ludność zatraca wrodzone popędy, które w okresie dojrzewania budują przyszłego człowieka. To jest cofnięcie się z drogi ewolucji społecznej. I kto wie, czy nie tu właśnie powinien badacz poszukiwać przyczyny, dlaczego tak wielki odsetek kobiet jest obojętny w pożyciu płciowem, które wystawiały sobie w latach dziewictwa w zupełnie odmiennej postaci. Mam wrażenie, że na wsi sprawa przedstawia się znacznie korzystniej i to głównie dlatego, że się rozpoczyna życie płciowe po zawarciu małżeństwa.

Pozostaje nam rozpatrzeć sprawę używek u kobiet. Tytuń pali polek 109 na 1466 (7,3%) i żydówek 22 : 517 = 4,2%. Przed 18 r. ż. zaczyna z nich palić 18 (16,5%), czyli już w wieku szkolnym truje się część dziewcząt. Na lata 18 — 21 wypada u polek 51 (46,8%), a u żydówek 81,8%. Większość polek wdraża się do tego nałogu dopiero po 21 roku życia, często pod wpływem męża, albo kochanka. Na szczęście większość palaczek zadawala się małą ilością tytuniu: 65,6% pali poniżej 10 papierosów, ot tak, aby się pokazać, 23,8% wypala do 20 papierosów Tabl. XXX.

TABLICA XXX.

Zawody	palą p. 18 r.ż.		p. 18—21 r.ż.		p. pow. r.ż. 21		p. ogółem		palą. panny		męż.	wdow.	rozw.
	Polki	żyd.	Polki	żyd.	Polki	żyd.	Polki	żyd.	praw.	nie			
1 Robotn.			3		7		10				10		
2 Rzemieś.	4		5	2	5	1	14	3	1	2	12	1	1
3 Służba	3	1	15	1	5		23	2	5	16	1	3	
4 Sł. osob.	2		3	1	4		9	1	1	2	6		1
5 Handlow.	1	1	2		6	1	9	2	3	1	6		1
7 Technicy		1	2		5		7	1	2		6		
8 Urzędn.	6	5	21	1	5	5	32	12	9	7	19	3	6
9 Przy rodz.	2			1	3		5	1	3			3	
Ogółem	18	8	51	6	40	7	109	22	24	28	60	10	9

W sferach robotniczych jest 10 mężatek palących, są to ofiary rozpowszechnionych przesądów. To samo widzimy u 17 rzemieślniczek. Ale najjaskrawiej rzuca się w oczy służba, gdzie na 23 palące polki wypada 16 niezamężnych, które uprawiają wolną miłość. Oświecicielami tych sfer są t. zw. narzeczeni, te szumowiny społeczne, które zabierają dziewczynie jej dziewictwo, wciągają ją do trzęsawiska, z którego niema wyjścia, gdzie się staje żywym towarem. To nie jest jakaś liczba przypadkowa: to samo powtarza się w najliczniejszej grupie urzędniczek, gdzie na 32 palące mamy 7 utrzymujących stosunki nieślubne. To jest znowu 21,9% wykolejonych. I grupa rozwiedzionych palaczek, chóć nieliczna, daje ich 9 na 59.

Wśród używek zajmuje tytuń miejsce jeszcze najniewinniejsze. Gorzej ma się sprawa z wyskokiem, który jest w powszechnym użyciu, chociaż moje chore przyznają się tylko częściowo do picia, polki 562 : 1466 = 35,3%, a żydówki 48 : 517 = 9,4%. Najczęściej ma być on używany odświętnie. Ale już to samo, że uważany jest za wyraz czegoś wartościowego, stwarza niebezpieczeństwo. Kobiety naogół nie mają upodobania do wyskoku, piją go pod przymusem, jednak wciągają się z biegiem czasu do wódki tak dalece, że u 13 stwierdzam nałogowe pijaństwo. Na tem polu jest niewątpliwie dużo do zrobienia, ale nie można posługiwać się metodami średniowiecznemi.

Poza omawianemi nadużyciami mam w

naszym materjale wśród kobiet jeszcze 2 przypadki morfinizmu i kokainizmu. Jeden dotyczy śpiewaczki kabaretowej, która już w 8 r. ż. wciągnięta była do samogwałtu, a w 14 r. ż. zgwałcona i zarażona przymiotem. Dziś ta 34-letnia kobieta jest ruiną. Druga morfinistka jest nawet lekarką! Jeżeli w materjale Kasy Chorych spotyka się takich zatraceńców, to co musi się dziać rzeczywiście w życiu wielkomiejskiem?! Posiadam w tej mierze nieco danych z innego źródła, lecz pomijam je, by nie oświetlać sprawy z innego stanowiska. Nie mogę jednak nie przypomnić głośnej w 1926 r. skandalicznej sprawy lekarki S., stojącej pod zarzutem narkotyzowania i pobudzania płciowo rozmaitych pań.

V. Stan mieszkań w dzielnicy Marjańskiej. Stan zamożności naszych chorych.

Warunki mieszkaniowe stanowią poważny czynnik. Stosunki powojenne nauczyły ludności skromnych wymagań.

Wyjątkowe warunki powojenne odbiły się w sposób wyraźny na całym układzie życia. Zubożenie klas posiadających, zjawienie się dorobkiewiczów i całej masy spekulantów, obniżenie ogólnego poziomu moralności, skutkiem sejmowładczych norm nietykalności poselskiej, zaciekłe partyjnictwo, powszechna pogoń miernot za karjerą i użyciem, to są te objawy niepokojące w życiu gromadzkiem.

Te czynniki odbiły się wymownie na stanie zdrowotnym ludności. Swobody podziałały oszałamiająco. Po ucisku moskiewskim a potem niemieckim, gdy pokornie oddawano samowary, klamki, rondle, odzież, zjawiły się swobody obywatelskie. Nauka szła z góry od posłów i partyj, a uczniowie okazali się nadwyraz pojętni i gotowi byli wystąpić czynnie, ilekroć coś szło nie po ich myśli. Dopóki Kasa Chorych była opanowana przez komunistów, stosunki były nieraz, jak w wojsku za rządów bolszewickich. Ale i po usunięciu wpływów komunistycznych pozostało dość niemiłe nastawienie chorych.

Sprawa mieszkaniowa przy bliższem jej poznaniu nasuwa szereg uwag. Zwiedzałem w dzielnicy marjańskiej zgórą 500 mieszkań, z których zebrałem dane co do 222 polskich i 86 żydowskich. Nie wszędzie można było dowiedzieć się potrzebnych szczegółów zwłaszcza co do liczby mieszkańców. Najtrudniej było z podnajemcami. W zestawieniu uwzględniałem jedynie pokój przez nich zajęty i liczbę dusz w nim. Służbę domową obliczałem w stosunku do zajmowanej przez nią kuchni. Stan zdrowotny mieszkań zależy przedewszystkiem od stanu ulicy. Zachodnie części tej dzielnicy przedstawiają dużo do życzenia, choć bruki i chodniki są znośne. Najbardziej zanieczyszcza powietrze dym z kominów fabrycznych i lokomotyw. Mieszkańcy nie mogą otwierać okien, a pomiędzy oknami gromadzi się masa sadzy. W dni pochmurne i dżdżyste tonie cała ta dzielnica we mgle. W dodatku ruch towarowy jest w tej części miasta bardzo ożywiony, a to przysparza dużo kurzu.

Trzeba przyznać, że Warszawa posunęła się pod względem sanitarnym znakomicie naprzód w ostatnich dziesiątkach lat. Pamiętam ją jeszcze niebrukowaną na obwodzie, pamiętam woziwodów i nosiwodów z pokrytemi pleśnią kubełkami, i te beczki pod rynnami, zamykane na kłódki, do których Pan dostarczał cennej cieczy, która opłókała z dymu i kurzu dachy, a potem służyła do prania, jako woda „miękka". Podobny stan trwa dziś jeszcze na przedmieściach. Dzielnica Marjańska przedstawia się lepiej od innych. Jednak i tu zaznacza się wyraźny podział na okręgi uprzywilejowane i zaniedbane, a przylegają one do siebie bezpośrednio, przez co nawet ulica z asfaltową jezdnią i betonowemi chodnikami są zanieczyszczane kurzem i dymem, ciągnącym z zachodnich części miasta.

W brudnej dzielnicy trudno o czyste mieszkanie. Pod tym względem najgorzej dzieje się u żydów. Wiele zależy też od samych mieszkańców, którzy niezawsze wykazują dostateczne zrozumienie swego własnego dobra. Na 222 mieszkania polaków znalazłem tylko 20 we wzorowym porządku (9,1%), 180 w stanie znośnym (81%) i 22 (9,9%) w stanie opłakanym. Między innemi odwiedzałem chorego przy ul. Twardej 31, mieszkającego w piwnicy z małem okienkiem, prowadziły do niej nie schody lecz coś w rodzaju drabiny. Wilgoć, stęchlizna, ciemności, kopeć z lampki naftowej, zjadliwe wyziewy! O leczeniu w takich warunkach nie mogło być mowy. Po kilku dniach schodzę znowu do tej piwnicy, skąd dochodzi śpiew dziecięcy, sądzę, że zbłądziłem. Nie: chory leży na swym bar-

łogu, lampka pali się jakoś jaśniej, o metr od łoża boleści stoi kołyska, a 4 dzieci tańczy wkoło niej. To uroczystość rodzinna, synek skończył rok. Goście składają mu życzenia... szczęścia i pomyślności. Wzruszył mnie ten widok przystosowania się dziecka do życia jaskiniowego. Niezadługo przeszło ono ciężką błonicę, życzenia pewno nie zostaną ziszczone!

Na 86 mieszkań żydowskich znalazłem 8 we wzorowym porządku, 32 w stosunkach znośnych i 46 (53,5%) w zupełnem zaniedbaniu. Wprawdzie nie było tam ani jednego w suterynie, jednak nieład, brud, zaduch, kurz, dym wskazywały, że mieszkańcy nie mają najprostszych wiadomości o zachowaniu zdrowia. Dawność ciąży nad tą ludnością i nie dopuszcza zmian. U jednej chorej, dotkniętej dusznicą, zwracam uwagę na konieczność utrzymania czystości w kuchni i pokoju, zajętego przez 4 osoby. Rada skutkuje. Ale przy następnej wizycie muszę wskazać, że kopcące łojówki na szabas trzeba zastąpić przez świece stearynowe. Mieszkańcy nie godzą się na to, bo tak żąda tradycja. Chałaty wychodzą powoli u młodszego pokolenia z użycia, ale brak ochędóstwa jest rażący, bielizna często zawszona, odzież wyplamiona, zabłocona, zakurzona. Przesąd zaziębienia sprawia, że nawet młodzi żydzi noszą w zimie po 3 koszule oprócz koszulek. Odzież i bielizna odpowiada w zupełności stanowi mieszkania. W dodatku bardzo często prowadzone chałupnictwo wnosi nowy czynnik zanieczyszczenia. W tych norach odbywa się szycie spodni i kamizelek. To współzawodnictwo, prowadzone przez rzemieślników żydów przedstawia poważne niebezpieczeństwo.

Stan sanitarny mieszkań pozostaje w pewnym stosunku do zawodu mieszkańców. U naszych chorych stosunki te wyglądają w następujący sposób: (Tabl. XXXI)

TABLICA XXXI.

Zawody:	I	II	III	IV	V	VII	VIII	Ogółem
Dobre mieszkanie . .	1			1	7		19	28
Zadawalające. . . .	32	26	14	26	25	3	86	212
Złe	20	6	2	4	26	1	9	68
Ogółem. . . .	53	32	16	31	58	4	114	308

Najlepiej więc zdrowotność mieszkania wygląda w grupie VIII, wśród urzędników, oficjalistów i zawodów wyzwolonych. Następnie idzie gr. V, lecz jest bardzo mieszana: obok zamożnych kupców mamy w niej źle płatnych sklepowych, których 44,8% mieszkań jest w stanie złym. Nie lepiej przedstawia się sprawa u robotników. Dużą rolę odgrywa tu brak wdrożenia osobistego do czystości i porządku. Coprawda i przeludnienie mieszkań ma tu wielkie znaczenie. Na grupę VIII wypada przeciętnie 1,1 pokoju na osobę, w grupie V 2 osoby na pokój, w gr. III kuchnia na służącą, a w gr. I — po 4,3 osoby na izbę w której mieści się najczęściej piec kuchenny i wykonywa się pranie. Wprawdzie moje zestawienia z czasów przedwojennych wyglądają jeszcze gorzej, albowiem na izbę proletarjusza Warszawy wypadało tam 3,31 dorosłych i 2,35 dzieci. (Rozwój ciel. proletarjatu Warszawy Tabl. XXXI). Jednak skala wymagań po wojnie podniosła się znacznie.

O stanie zamożności naszych chorych, jako o czynniku, wpływającym na ich zdrowie, nie mam wiele do powiedzenia. Słyszy się powszechne wyrzekanie na ciężkie czasy, na kryzys ekonomiczny, bezrobocie. Te gorzkie żale i utyskiwania pamiętam je jeszcze z dzieciństwa. Ludzi zadowolonych z tego, co posiadają, spotykałem w życiu bardzo mało. Bo też niewielu porównywało swój budżet z budżetem proletarjusza, który wyliczyłem przed wojną na 22 rb. 67 kop. miesięcznie. Stan zamożności jest dziś znacznie lepszy, niż przed wojną, ale przekonanie, że Państwo winno być dostawcą wszystkiego dla obywatela, a on może korzystać z gotowych zasobów i żądać coraz więcej, sprowadziło pewien zamęt w umysłach. Wiemy, skąd idzie ta niezdrowa agitacja i rzeczą Państwa jest ją ukrócić. Zarządzenia w tym zakresie przyczynią się

niewątpliwie do podniesienia zdrowotności publicznej.

Kryzys gospodarczy objął cały świat, nie jest tylko naszą lokalną klęską. Niektóre czynniki chcą z tego ukuć oręż przeciwko Państwu. Musimy się przeciw temu bronić. Nie jest to ten straszny okres braku zboża, mięsa, tłuszczów, warzyw, owoców, który przeżywaliśmy podczas wojny. Dziś mamy lata obfitości i tanizny, która może być niedogodna dla szczęśliwych posiadaczów, jednak winna być wypoczynkiem i zdobyciem sił dla tych, którzy je sterali podczas wojny, biorąc w niej czynny udział. Ten rok urodzaju jest błogosławieństwem ludności, a nie jej klęską. Musimy zrozumieć, że kryzys polega na tem, iż wytwórczość nie daje tych zysków, do jakich przyzwyczaili się przemysłowcy. Ale stąd wynika, że trzeba się zadowolić mniejszym zyskiem, a bynajmniej nie to, aby pracownik nie miał środków na nabycie tanich produktów, niezbędnych do życia.

Warunki życiowe zmieniają się ciągle, ale ze zdrowiem obywateli nie idzie tak prosto: chory wyzdrowiewa tylko z chorób ostrych, o ile nie przyprawią go one o śmierć. Choroby przewlekłe nie ustępują nawet po zmianie warunków na korzystniejsze. Dzisiejsi gruźlicy, nerwicowcy, chorzy na serce, choroby dróg moczowych, gośćcowi, dnawi, otyli i wielu innych, nie poprawią się odrazu po ustaniu kryzysu gospodarczego. Jeżeli więc zajmujemy się sprawą stanu zdrowotnego Warszawy, to czynimy to raczej dla przyszłych pokoleń, dla tych dzieci, które umieją się tak przystosować do trudnych warunków bytu, że tańczą przy kołysce braciszka w piwnicy w rocznicę jego urodzin.

VI. Wnioski.

Sprawę zdrowotności Warszawy możnaby rozpatrywać albo porównawczo w stosunku do innych miast polskich, lub stolic europejskich, albo w stosunku do stanu, jaki panował przed wojną światową. Wybieram to drugie porównanie, ponieważ każde miasto ma swą własną kulturę, swoje dzieje i tysiące czynników, które urabiały je we właściwy sposób. Trudno wymagać, by Warszawa miała być podobna do Paryża, Wiednia, Rzymu, które nie zaznały nigdy przemocy moskiewskiej i niemieckiej. A każde z tych miast zmieniało swój wygląd i stan zdrowotny po przebytych przewrotach: rewolucja francuska nie była tylko zburzeniem Bastylji, lecz zasadniczem przeobrażeniem życia ludności, w Rzymie, Syrakuzach, Kartaginie widzimy dziś jeszcze nawarstwienia kilku następujących po sobie kultur, z których dawne nie ustępują, choć przytłacza je współczesność, podobnież odległa osada i miasteczko zachowują nadal swe dawne cechy, chociaż są one niezgodne z kulturą stolicy.

Porównanie obecnej Warszawy z tą, jaką znam od 63 lat, jaką charakteryzowała ankieta mieszkaniowa 1891 r., prace Ciemniewskiego, Polaka, Dawidowej, Tchórznickiego i moje badania, przeprowadzone na początku bieżącego stulecia, to porównanie wskazuje niewątpliwie, że posuwamy się naprzód. A to jest najważniejsze. Daleko nam do wzorów przedwojennych choćby Kopenhagi, Stokholmu, które już wówczas posiadały dzielnice robotnicze z szeregiem dwurodzinnych domków, otoczonych ogródkami, daleko nam do stanu sprawy w Anglji, gdzie robotnik posiada 3 — 4 pokojowe mieszkanie, wyposażone we wszelkie nowoczesne udogodnienia, gdzie już przed 50 laty uchwalał parlament ustawy, pozwalające burzyć całe dzielnice, nie odpowiadające pod względem zdrowotnym wymaganiom współczesnym, daleko do miast-ogrodów, które powstają w całej Europie. Jednak pomimo 1½ wieku niewoli i 6 lat wojny, która niszczyła nasze osiedla, możemy stwierdzić, że wytrwaliśmy te ciężkie próby i posuwamy się naprzód. Jest to dowód *naszej odporności*, tej cennej cechy, pozwalającej nie ulegać niekorzystnym warunkom bytu.

Nie cała nasza ludność wykazała odporność w dostatecznej mierze. Najgorzej przedstawiają się żydzi, co do których stwierdziłem już przed wojną duży stopień upośledzenia rozwoju cielesnego, obarczenie wielu przewlekłemi chorobami i zasklepienie w dawności. Wojna pogorszyła ich położenie. Tylko nieliczni brali w niej czynny udział, zyskując przy tem na rozwoju cielesnym. Nasz materjał wskazuje to niezawodnie: ta trzykrotnie większa liczba gruźlików nietylko wśród żydów, lecz i żydówek, ta wielka zachorowalność na rozmaite choroby i ich przewlekłość, to znaczne opóźnienie zawierania związków małżeńskich o jakie 6 — 10 lat, to zmniejszenie rozrództwa o jakie 2 dzieci, to za-

łamanie się gospodarcze, którego wyrazem jest nietylko ciągłe, nieuzasadnione wyrzekanie na ucisk mniejszości narodowych, odwoływanie się o opiekę do czynników pozapaństwowych, lecz i masowe wychodztwo, to są naprawdę objawy, zasługujące na uwagę. Przy ostatnich wyborach do gminy żydowskiej było aż 33 listy partyjne, przy wyborach do ciał ustawodawczych ujawniło się też wielkie rozproszenie. To dowodzi, że dawna więź wyznaniowa traci swój wpływ. Stwierdzam to dość często wśród chorych, którzy zwłaszcza młodzi wypowiadają się ostro przeciw swej religji. Jest tu niewątpliwie dużo wpływów komunizmu; nastąpiło załamanie dawnych programów i w wytworzonym chaosie sugestyjność bierze górę nad samodzielnem myśleniem.

W podobny sposób zaznacza się to u dawnych klas uprzywilejowanych, złożonych ze szlachty i zamożnego mieszczaństwa. W badaniach antropologicznych przed wojną wskazywałem na zagrożenie tych klas i stanów pod względem rozwoju cielesnego. Wojna wskazała, że te sfery wykazały brak zrozumienia przeżywanego okresu, tchórzostwo, które skłoniło je do wykupywania się od wojska, do ucieczki na tułaczkę do Rosji i do prowadzenia nadal polityki ugody w stosunku do najeźdźców. Najliczniejsi przedstawiciele tych klas, jakich spotykamy w naszym materjale w grupie VIII, wśród zawodów wyzwolonych, urzędników, oficjalistów, wykazują duży brak odporności. Chociaż zabezpieczenie materjalne tych grup jest bez porównania lepsze, niż pozostałych, warunki mieszkaniowe o wiele dogodniejsze i zdrowotniejsze, jednak tu właśnie, słyszy się najczęściej wyrzekania na kryzys gospodarczy i na rozmaite braki, tu widzi się najobfitsze stosowanie używek, nawet wśród kobiet, tu stwierdza się ograniczenie rozrództwa, poronienia sztuczne i zrywanie małżeństw i dość częste życie na wiarę. A że mniej jest tu gruźlicy, to zależy przedewszystkiem od lepszych warunków mieszkaniowych i większej zasobności. Chorób wenerycznych jest tu najwięcej, podobnież jak nadużyć płciowych.

Lepiej przedstawia się grupa VII, złożona z techników, majstrów, mechaników, drukarzy i t. p. Są to przeważnie ludzie, pochodzący z drobnego mieszczaństwa i włościaństwa. Ukończyli szkoły zawodowe i dbają o dobrobyt. Starsi brali czynny udział w wojnie. Ich rozwój cielesny jest naogół dobry, a stan zdrowia nie nastręcza poważniejszych obaw, choć wykazują oni największy odsetek gruźlików, skutkiem pracy w kurzu, i chorych nerwowo skutkiem pracy przy maszynach i przebytych chorób wenerycznych. Ich rodziny, żony, dzieci przedstawiają się pod względem zdrowia lepiej od przeciętnych.

Znacznie gorzej przedstawia się sprawa handlowców. I oni pochodzą przeważnie z mieszczaństwa, jednak często nie posiadają wykształcenia zawodowego, tylko obznajmienie się z pracą sklepową, słabo opłacaną. Skutkiem tego zaledwo 34,8% polaków i 29,7% żydów jest żonatych i to przeważnie po 30 r. ż., a to odbija się wyraźnie na ich zdrowiu i trybie życia. Zwłaszcza u żydów wykazują oni ogromny odsetek gruźlików, bo 17,6%. Tu też spotykamy wielkie odsetki przebytych chorób wenerycznych. Jest to więc klasa upośledzona, nastawiona ponuro i nie odczuwająca radości życia. A swoją drogą nie widzimy tu szerokiego stosowania używek. Nie jest to napewno wstrzemięźliwość, lecz brak środków pieniężnych. I kto wie, czy to właśnie nie jest ich deską ratunkową. Słowem grupa handlowców ma cechy pracowników, którzy wyrwali się ze swej sfery chłopskiej i drobnomieszczańskiej w zamiarze poprawienia swego bytu, jednak nie zdobyli przygotowania zawodowego. Na tym poziomie pozostali przez długie lata, choć zjawiły się nowe potrzeby, których nie udało się zadowolić. Zapewne w porównaniu z rodziną, cierpiącą niedostatek na wsi, lub w małem miasteczku, posunęli się oni naprzód w zakresie zamożności. Ci wychodźcy ze wsi wnieśli do nowych warunków bytu dużo odporności i hartu. Widzę w tem wyższość ich w porównaniu z dwiema klasami społecznemi, których los przedstawiłem w innych pracach. Otóż u nauczycielstwa szkół powszechnych miałem 63,9% nauczycieli i 40% nauczycielek, pochodzących z włościan. Było to wybicie się ze swej sfery, zerwanie z lekceważoną pracą cielesną. Jednak wśród nauczycielstwa spotkałem mało ludzi zadowolonych ze swego losu. Druga sfera zdeklasowana — to wyrobnicy wielkomiejscy, przybyli ze wsi za chlebem. Nie przystosowawszy się do nowych warunków, wpadli w nędzę, a ich dzieci dały olbrzymi odsetek małoletnich przestęp-

ców. W porównaniu z temi grupami są nasi handlowcy grupą bynamniej nie wykolejoną, choć położenie ich wygląda na ciężkie. Są to więc niewątpliwie ludzie odporni, którzy dają rękojmię wytrwania.

Służba stanowi w znacznej mierze ludność napływową. Dotyczy to nadewszystko służących, które są przeważnie niewykwalifikowane i zostają rzucone na bruk bez oparcia. Los ich jest bardzo niepewny i nieraz dostają się w ręce handlarzy żywym towarem. Dużo dostaje się na służbę do żydów, gdzie warunki pracy, żywienia, uposażenia i obycia są zupełnie inne. Służąca zawiera prędko znajomości i zostaje wciągnięta w wir poszukiwania uciech życiowych i licytowania na zwyżkę swych poborów. Rozchodzą się one szybko na stroje, zabawy i pożyczki dla t. z. narzeczonych, którzy wyzyskują bezczelnie te naiwne dziewczyny i wciągają je do rozpusty, pijaństwa, tytuniu a nieraz i złodziejstwa. Służąca nie czuje się dobrze w tej atmosferze kłamstwa, fałszu, łamania zasad, wyniesionych z domu. Poronienia sztuczne, porody nieślubne, choroby następcze, np. bardzo często zapalenie pęcherza i miedniczek pochodzenia rzeżączkowego, to są smutne następstwa tej łatwowierności. W dodatku dziewczyny te nie doznają zadowolenia płciowego aż w 60% przypadków, więc poddają się swym uwodzicielom pod przymusem.

Grupa IV jest dość mieszana. Najstalszy składnik stanowią tu stróże, woźni, gońcy. Jest to przeważnie ludność napływowa ze wsi, lecz pomimo braku kwalifikacyj zawodowych stabilizowana na skromnych stanowiskach. Mieszkania mają niezadawalające, 90% ich są żonaci i to dość wcześnie. Chorób cięższych spotyka się u nich stosunkowo niewiele. Wśród mężczyzn rozpowszechnione jest zamiłowanie do tytuniu i wódki. Kobiety są przemordowane ciążami i nie wykazują wielkiego zamiłowania ze stosunków płciowych. Pomimo niskiego poziomu kultury ludzie ci stanowią dobry element ludnościowy i zachowują czerstwość do późnego wieku. Młode pokolenie przedstawia się naogół dodatnio pod względem zdrowia i przygotowania. A więc ci przybysze ze wsi nie zmarnieli w stolicy dzięki temu, że znaleźli oparcie w skromnem, lecz stałem stanowisku.

Zupełnie inaczej wygląda druga podgrupa, złożona z kelnerów, fryzjerów, lokajów, portjerów, bon, pielęgniarek, manukirzystek i t. p. Są to przeważnie dzieci Warszawy, zaznajomione z jej uciechami i skandalami, znajdujące w nich zadowolenie. Sam zawód wyrabia w nich uniżoność w stosunku do tego, kto płaci. Pieniądz jest tu miernikiem doraźnego użycia. Ludzie ci zawierają późno związki małżeńskie, lub nie zawierają ich zgoła. Tu mamy też sporo rozwiedzionych, dużo gruźlicy, organicznych chorób nerwowych, rzeżączki, syfilisu, nadużycia tytuniu i wyskoku. Ta grupa stanowi najmniej wartościowy składnik ludności. To nie są dane przypadkowe. Nie nadarmo lokajstwo traktowane jest z lekceważeniem, nawet pogardą.

Robotnicy są przeważnie ludnością napływową. Warunki ich bytu są ciężkie nietylko w okresie kryzysu gospodarczego, lecz stale. Przygotowanie do życia mają słabe, wielu nie posiada wykształcenia elementarnego. Są wyzyskiwani nie tylko przez chlebodawców, lecz i przewódców rozmaitych stronnictw. Wytworzony przez to zamęt w umysłach tych prostaczków wytrąca ich z równowagi i popycha nieraz do działań niezgodnych z kodeksem. Robotnicy żenią się późno, bo do 40 r. ż. jest żonatych polaków zaledwo 47,2 a żydów 51,2%. Pomimo to spotyka się u mężczyzn stosunkowo niewiele gruźlicy: u polaków 4%, u żydów 3%, natomiast u kobiet jest jej 11,4% i 7,1%. We wszystkich innych grupach przewaga gruźlików jest u żydów, tylko tu u polaków. Czyżby to znaczyło, że żydzi, jako miejscowi, są w korzystniejszych warunkach co do znalezienia pracy i otrzymania lepszej zapłaty, niż napływowi polacy? Położenie kobiet z tej klasy jest istotnie ciężkie: bardzo wiele z nich musi pracować dodatkowo, jako praczki, posługaczki, robotnice, chałupnczki, nieraz utrzymywać całą rodzinę. Zapewne to przyczynia się do słabego zadowolenia płciowego, bo zaledwo w 26,7% u polek i w 16,6% u żydówek. Jest to jaskrawe przeciwieństwo z grupą VIII, gdzie te odsetki wynoszą 45,7 i 27,9, a to wskazuje, że zadowolenie płciowe uzależnione w dużej mierze od przynajmniej względnego dobrobytu. Odsetek odczuwań dodatnich powiększył się u żon robotników parokrotnie w porównaniu z liczbami, które otrzymałem przed 25 laty. Jest to sprawdzian, że warunki bytu poprawiły się. Po dobrych zarobkach, jakie robotnik i rolnik mieli po wojnie na-

stąpiło załamanie się za rządów Chjeno-Piasta i stan ten pogarsza się z roku na rok. Zlikwidowano przyobiecaną reformę rolną, przeobrażono ją na dobrowolną parcelację na koszt Państwa. Tu należy szukać przyczyny tego załamania gospodarczego, którego niemożna wiązać bezpośrednio z ogólnoświatowym kryzysem.

Grupa II, rzemieślnicy, jest w znacznej mierze pochodzenia miejscowego, ma swe dawne tradycje, przekazuje warsztaty dziedzicznie. Ale w materjale Kasy spotyka się przdewszystkiem pracowników przy obcych warsztatach. To też charakaterystyka tej grupy, przygotowującej się zawodowo, nie może być jednoznaczna z charakterystyką samodzielnych rzemieślników. Wspólną niedolą tych pracowników jest to, że pracują w kurzu w złych warunkach zdrowotnych: szewcy, krawcy, stolarze, ślusarze, piekarze i t. p. narażeni są na poważne choroby. Spotykamy u nich gruźlików, u polaków 2,6%, a u żydów 15,4%. U kobiet, które zajmują się samodzielnie szyciem i u żon rzemieślników mamy gruźliczych polek 4,3% i żydówek 14,6%. Wobec złych warunków pracy i mieszkaniowych są te odsetki stosunkowo niezbyt wysokie. Rzemieślnicy żenią się stosunkowo dość wcześnie: pomiędzy 20 a 29 r. ż., żonatych jest 50,6%, od 30 — 34 r. ż. 31:38 — 81,5%, od 35 — 39 r. ż. 29:32 — — 90,6%. Swoją drogą liczba chorób wenerycznych jest u mężczyzn spora. Gorsze stosunki wykazują żydzi, bo żonatych od 20 do 29 r. ż. jest 34,8%, chorób nerwowych jest dużo, a u kobiet występuje najniższy odsetek zadowolenia płciowego. Pod wielu względami rzemieślnicy stoją blisko robotników, zwłaszcza bezrobocie odbiło się tak na ich pracy, że wielu wykwalifikowanych wzięło się do wyrobku. W tych warunkach wyjątkowych niepodobna stworzyć sobie dokładnego pojęcia o tej grupie.

W zestawieniu powyższem uwydatnił się wyraźny związek pomiędzy zamożnością a stanem zdrowotnym ludności Warszawy, ale bynajmniej nie zaznaczyło się, aby ten stosunek był wprost proporcjonalny. Widzieliśmy, że klasy uprzywilejowane materjalnie i zawodowo wykazywały małą odporność na braki i trudności bytu, co zaznaczyło się wyraźnie w nadużywaniu używek i w zachorowalności na rozmaite choroby. Z zadowoleniem stwierdzam, że to, co przedstawiłem w pracy: Wstęp do higjeny proletarjatu (Berlin 1907 r.) znajduje potwierdzenie liczbowe. Zarówno klasy uprzywilejowane materjalnie, jak i pozbawione minimum egzystencji, nie wytrzymują walki o byt i załamują się, w dodatku zamożni prędzej i bardziej, niż ubodzy. Najodporniejsi i najzdrowsi są ludzie średnio zamożni, zdobywający chleb w pocie czoła. Te żywioły tworzą wcześnie związki rodzinne, dające im podział pracy pomiędzy dwie osoby i oparcie w trudnościach życiowych.

Nie samym chlebem stwarza się człowieka. Trzeba mu dać karm duchowy, oświatę, kulturę, bo bez nich stoi on na poziomie barbarzyńcy, który ginął gromadnie od zarazy, wojny, ognia, wody. Człowiek kulturalny przestał przeklinać i zaklinać, lecz zapragnął poznać przyczyny rzeczywiste swych plag. I poznał wiele z nich, i nauczył się walczyć z niemi. Ale gmin i ciemnota stoją jeszcze wciąż na poziomie ludzi pierwotnych i nie umieją zapobiegać chorobie i zwyrodnieniu. Oświata robi szybkie postępy, więc miejmy nadzieję, że przyszły badacz naszych stosunków zdrowotnych znajdzie już inne dane. Dlatego też nie charakteryzuję stanu obecnego, jako opłakany, lub zły, ale podnoszą przedewszystkiem to, co stanowi dla nas największą otuchę: znaczna część ludności polskiej Warszawy wykazała wielką odporność. Postęp ku lepszemu stwierdzamy w życiu Warszawy w ciągu ostatniego pół wieku, zwłaszcza po odzyskaniu niezależności politycznej. Są wszelkie dane, że ten prąd naprawy będzie trwały.

L I S T D O R E D A K C J I

P. T.

Uprzejmie proszę o łaskawe zamieszczenie kilku słów w związku z rozważaniami WP. Doktorów *Grossfelda* — Jaworzyn i *Zalcmana* — War szawa. („Wiedza Lekarska“, Maj, Rok VI. Zeszyt 5).

Wszystkie momenty różniczkowej diagnostyki podane przez wyżej wzmiankowanych Panów Doktorów, były w swoim czasie brane pod uwagę. Okazało się jednak, że ma się do czynienia z prawdziwą cukrzycą. Odsetek wydzielającego się cukru, ustalony przeze mnie w dobowej ilości moczu okazał się o wiele wyższy niż podany w artykule na podstawie przyniesionej mi analizy (jednorazowy mocz?!).

W końcu chciałbym jeszcze zaznaczyć, że ładne na pierwszy rzut oka uzależnienie Pana Dra *Zalmana* cukromoczu w moim przypadku od istnienia nadnerczaka drogą nadmiernej produkcji adrenaliny jest w istocie rzeczy bardzo błędne. Otóż nie mówiąc zupełnie o tem, że teorja *Grawitz'a* o nadnerczakach ostatniemi czasy przez badania najnowsze została zachwiana *(Stöckel, Ipsen)*, przypomnę tylko, że nadnerczaki zbudowane są z elementów korowych nadnercza, które nic wspólnego z wydzielaniem adrenaliny nie mają. Nie wdając się w opisywanie anatomji patologicznej oraz kliniki nadnerczaków zaznaczę tylko, że przy hypernephromach nierzadko można zauważyć lekkie objawy choroby *Addisona*.

Łącząc wyrazy głębokiego poważania pozostaję b. wdzięczny zgóry.

Dr. med. S. Sejneński.
Suwałki.

Gośćciec wielostawowy u dorosłych i jego leczenie organicznemi solami złota.*)

podał

JACQUES FORESTIER.

Po raz pierwszy wskazaliśmy w marcu 1929[1]) w tow. Lek. Szpitali Paryskich na wartość leczniczą organicznych soli złota w wielostawowym zniekształcającym gośćcu przewlekłym.

Od tej chwili w dalszym ciągu prowadziliśmy nasze spostrzeżenia kliniczne i badania laboratoryjne nad działaniem biologicznem tego leku.

W przeciwieństwie do ogólnie przyjętego zdania, uważamy, że wielostawowy gośćciec zniekształcający (rhumatismes noueux de Trousseau) który raczej należałoby nazwać polyarthritis progressiva, nie jest naogół skutkiem skazy czy zaburzeń zespołu odżywczo-nerwowego. Zaburzenia zespołu wegetatywnego, które się obserwuje w tych przypadkach, nie są przyczyną decydującą, lecz tylko mechanizmem patogenicznym. Rzeczywistą przyczyną jest naszem zdaniem zakażenie rozwijające się powoli, wywołane prawdopodobnie specjalnym szczepem streptokoka.[2])

Dlatego też termin, gośćciec infekcyjny, powinien być stosowany w większości przypadków klinicznych o mnogiej lokalizacji i rozwoju nieograniczonym, będącym ostatecznie źródłem wielkiego kalectwa zwanego gośćcem zniekształcającym. W 10% przypadków udaje się odnaleźć w wywiadach wpływ określonego zarazka: gonokoka, prątka Kocha, a nawet krętka etc., w 90% przypadków przyczyna wywołująca może być zupełnie utajona lub też pochodzić z nieznacznego ogniska infekcji,, które pozostało niezauważone.

Nie ulega wątpliwości, że te zaburzenia stawowe wymagają dla swego rozwoju specjalnego podłoża, że brak równowagi w wewnętrznem wydzielaniu i allergja mają prawdopodobnie znaczenie, co jednak niema nic wspólnego z atretyzmem naszych ojców lub też z nadmierną obecnością kwasu moczowego we krwi.

Świadomość ta rzuca jaskrawe światło na opłakane wyniki i ciągłe niepowodzenia wszelkiej djety ograniczającej w leczeniu tych spraw, przyczem jedynym rezultatem takiego leczenia jest zmniejszenie wrodzonej odporności takich chorych.

Odwrotnie, przeświadczenie o mikrobowem pochodzeniu gośćca każe stosować djetę pożywną i metody leczenia, które się okazały skuteczne we wszystkich chorobach infekcyjnych. Szkoła angielska pod wpływem prac *Rosenowa* o infekcji ogniskowej, zastosowała w szerokim zakresie leczenie szczepionkami, szczególnie autoszczepionkę w przypadkach cierpień wielostawowych (rheumatoid arthritis). Metody te dały początek ogromnej literaturze (*A. Wright, W. Willcox, R. Burbank* etc.) ale pomimo niedającego się zaprzeczyć powodzenia, było dość dużo przypadków niepomyślnych, co wywołało pewien pesymizm, nawet w kraju, w którym to leczenie zostało zapoczątkowane.

Stąd powstały próby stosowania chemoterapji głównie preparatami jodowemi we Francji (*Tiroloix* i jego uczniowie) i w Ameryce (*Young i Youmans*).

---

*) Presse Médicale Nr. 40, 20 maj 1931.

[1]) J. Forestier: leczenie złotem w gośćcu chronicznym. Bull. et Mém. de la Sté. Médicale des Hôp. de Paris 1929, Nr. 8, str. 323 do 327. Leczenie gośćca chronicznego solami złota. Bull. et Mem. de la Ste. Med. des Hôp. de Paris 1930, Nr. 6.

[2]) Od chwili zredagowania tej pracy mieliśmy możność przerobienia u 74 chorych próby opadania krwinek metodą Westergrena. Była ona stale podwyższona (z 20 mm. do 100 mm. i więcej w czasie godziny). Te fakty, które potwierdzają prace szwedzkie (Westergren, Kahlmetter, etc.), są dodatkowym argumentem wielkiego znaczenia na korzyść zakaźnego pochodzenia gośćca wielostawowego.

Działanie leczenia kąpielowego w Aix-les-Bains na opadanie krwinek. Annales de la Soc. d'Hydrologie, Nr. 5, 1930/31.

Pewne analogje w rozwoju wielostawowych spraw zapalnych z bacillozą, jak wpływ na stan ogólny, anemja, gorączka etc. naprowadziły nas przed trzema laty na myśl zastosowania chryzoterapji, która dała dobre wyniki w gruźlicy i która z pewnością nie stanowi leczenia swoistego przeciwgruźliczego. Prace *Feldta*, który wykazał aktywność preparatów złota (sanochryzyna, solganal) w doświadczalnych sprawach streptokowych u zwierząt, potwierdziły nasze poprzednie hypotezy [3]).

Wybór przypadków.

Rozpoczęliśmy nasze kliniczne spostrzeżenia u osobników dotkniętych gośćcem wielostawowym postępującym, stawiając więc sobie odrazu do rozwiązania jedno z najtrudniejszych zagadnień terapeutycznych ponieważ gośćciec rozpoczynając się w wieku średnim t. j. od lat 30 do 50. (Tab. I), w swym ciężkim przebiegu doprowadza wreszcie do zupełnego prawie kalectwa, przybierając postać zwaną przez *Charcot* gośćcem zniekształcającym. Nasza statystyka jest oparta na 48 przyp., spostrzeganych najdłużej przez 30 miesięcy i najkrócej przez 16 miesięcy. Większa częstość schorzenia u kobiet jest potwierdzona naszą statystyką, obejmującą 38 kobiet i 10 mężczyzn.

Tablica I.

Wiek, w którym pojawiły się schorzenia stawów (48 przyp.).

Wiek	Ponad 30 lat	Od 30 do 40 lat	Od 40 do 50 lat	Ponad 50 lat
Liczba przyp.	9	17	12	10
°/o	19 °/o	36 °/o	25 °/o	21 °/o

Wiek naszych pacjentów na początku naszego leczenia wahał się od 26 do 70 lat, z nich 20 chorych było w wieku od 30 — 50, 15 chorych od 50 — 60. Początek choroby bywa nagły lub też podstępny. W pierwszym przypadku (25 obserwacji) początek może być bezgorączkowy lub też częściej rozpoczyna się gorączką i często bywa niesłusznie ujmowany jako ostry gościec stawowy, podczas gdy już sama przez się sprawa jest tu skutkiem infekcji określonej ogólnej lub miejscowej (angina, zapalenie zatok, gorączka połogowa etc.). W drugim przypadku (23 obserwacje) zjawiają się stopniowo w niewielkiej ilości stawów, z początku w stawach międzypalcowych proksymalnych, następnie w innych stawach, bolesne obrzmienia, upośledzając ruchy. Szczególnie są dotknięte kończyny, kolana, czasami ramiona, stawy mostkowo-obojczykowe, skroniowo-szczękowe, gdy tymczasem stawy biodrowe w 60% przypadków pozostają nie zaatakowane, a zajęcie kręgosłupa trafia się raz na dwa przypadki. Zmiany występują zazwyczaj symetrycznie. U osób starych gośćciec wielostawowy może przybrać postać zamaskowaną, trudną do rozpoznania.

Sprawa postępuje stopniowo, niekiedy napadowo, często zjawia się zaostrzenie w okresie menopauzy, najczęściej towarzyszy mu gorączka stała lub okresowa. Dobrze jest uprzedzić takiego pacjenta, że mierzenie zwykłe może być zwodnicze i polecić mierzenie temperatury w odbytnicy: w ten sposób często udaje się stwierdzić jej podniesienie, przekraczające nawet 1°. U 35 moich pacjentów krzywa temperatury była mniej lub więcej nierówna: rano 36,8°, 37,2°, wieczorem37,6° 38° i więcej 13 chorych miało ciepłotę normalną. Ból w stawach i mięśniach zmienia się z dnia na dzień, jest zazwyczaj silniejszy zrana. Z punktu widzenia anatomji patologicznej chodzi z początku o schorzenie torebki stawowej, która grubieje, zaczyna bujać zasługując na nazwę arthritis proliferativa daną w 1908 przez *Nicholsa* i *Richardsona*[4]). Niema tendencji do zesztywnienia stawów, ale raczej do dyslokacji ze zniszczeniem więzadeł i ze znacznym następowym zanikiem mięśni, doprowadzającym do złego ustawienia: skrzywienia i nadwichnięcia stawów. Tabl. II pokazuje, że 60% przyp. trwały ponad 2 lata, co dowodzi, że o wiele częściej mamy do czynienia z postaciami zastarzałemi niż podostremi.

[3]) A. Lumiere i I. Perrin: O nowej pochodnej organometalicznej złota. C. R. de l'Academie de Sciences. t. CLXXXIV, styczeń 1927, s. 289.

[4]) E. Nichols i F. Richardson: Gośćciec zniekształcający. J. of Med. Research. t. XXI, Nr. 2, wrzesień 1909 (nowa serja t. XVI).

Tablica II.

Czas trwania gośćca przed rozpoczęciem chryzoterapji (48 przyp.).

Czas trwania	Ponad 2 lata	Od 2 do 5	Ponad 5 lat
Liczba przypadk.	19	14	15
%	39,9%	21,1%	31%

Przeprowadziliśmy próby biologiczne u naszych chorych, jak określenie ilości hemoglobiny, ilości krwinek i leukocytów, ilości mocznika i kwasu moczowego oraz cholesteryny i w 13 przyp. odczyn Wa., skontrolowany odczynem Hechta i Meinickego, z wynikiem ujemnym[5]).

Badania te uwidocznione są w tab. III.

Tablica III.

Badania hematologiczne przed leczeniem. (46 przyp.).

Ilość ciałek czerwonych w miljonach w mm³.

Ciałka czerwone	Od 3 do 4	Od 4 do 5	Ponad 5
Liczba przyp.	18	28	0
%	39%	61%	0%

Ciałka białe w tysiącach w mm.³

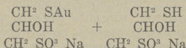
Ciałka białe	Od 5 do 10	Od 10 do 15	Ponad 15
Liczba przyp.	7	17	22
%	15 %	37 %	48 %

Należy zauważyć, że jeśli stwierdza się zmniejszoną liczbę czerwonych ciałek w większości przypadków gośćca, to wzrost białych ciałek jest bardziej zaakcentowany niż w statystykach szwedzkich, *G. Kahlmettera* [6]). Owa hyperleukocytoza wahająca się od 9000 — 23000 jest dla nas stałą cechą choroby. Chemizm krwi badany u 24 pacjentów był prawie zawsze normalny: przeciętna ilość mocznika 0,4, max. 0,54, min. 0,28; kwasu moczowego średnio 0,043, max. 0,072, min. 0,032, cholesteryny średnio 1,80, max. 2,40, min. 1.57.

Z powyższego wypływa, że odpowiednie do leczenia chryzoterapją przypadki są to sprawy zapalne stawów z przeważnem zajęciem torebki maziowej, hyperleukocytozą, z przyśpieszonem opadaniem krwinek, przebiegające często podgorączkowo. Odwrotnie sprawy degeneracyjne (morbus. coxae senilis, lipoarthritis kolan etc.) nie ustępują pod wpływem tego leczenia.

Sposób leczenia.

Używaliśmy sól organiczną aurotiopropanol siarczanu sodu — związek otrzymamany przez A. Lumière znany pod nazwą Allochryzyny. Odpowiada wzorowi:


CH^2 SAu — CH^2 SH
CHOH + CHOH
CH^2 SO^3 Na — CH^2 SO^3 Na

Zwracamy uwagę, że w przeciwieństwie do tiosiarczanów (sanochryzyna), mamy tutaj bezpośredni związek złota z siarką, której druga wartościowość jest nasycona rodnikiem organicznym, gdy tymczasem w sanochryzynie siarka jest połączona z cząsteczką mineralną.

Allochryzyna jest solą krystaliczną, barwy białawej, rozpuszczalna i może być wstrzykiwana domięśniowo bez bólu. Jest dostarczana w dawkach po 0,05, 0,1 i 0,2 gr. w roztworze skoncentrowanym w ampułkach â 2 ccm., które należy zmieszać z 8 ccm. specjalnego roztworu, znajdującego się w tem samem pudełku, aby otrzymać roztwór izotoniczny. Toksyczność tego związku jest b. słaba, granica jej leży powyżej 0,1 gr. kg. wagi świnki morskiej.

Domięśniowy sposób stosowania był dla nas specjalnie zachęcający w leczeniu przypadków przewlekłych, w których injekcje muszą trwać długo, pozwala on bowiem na przeprowadzenie leczenia nawet w nieobecności specjalisty do wstrzykiwań dożylnych. W początkach naszych doświadczeń w 1928 stosowaliśmy dość wysokie dawki po 0,25 gr. co tydzień, a nawet co 5 dni, co odpowiada tak przez nas nazwanej codziennej dawce czynnej 0,05 gr., ponieważ jednak mieliśmy pewne objawy

[5]) Większość badań hematologicznych, chemicznych, serologicznych i bakterjologicznych przytoczonych w tej pracy pochodzą od M. F. Gernay, Dyr. Laboratorjum Lord Revelstoke w Aix-les-Bains i były wykonane w wymienionym laboratorjum.

[6]) G. Kahlmetter: O anemji w gośćcu ostrym i chronicznym. Acta Medica Scandinavica, sup. III, 1922.

Tablica leukocytarna krwi w gośćcu ostrym i chronicznym. C. R. XV Kongres Medycyny Północnej.

toksyczne mniej lub więcej silne u 40% naszych chorych, podajemy obecnie 0,1 gr. co tydzień a nawet 0,05 gr. w przypadkach zastarzałych lub u osobników słabszych. Zmniejszenie dawki przedłuża tylko leczenie, ale nie wpływa na jego wynik. W ten sposób pacjenci nasi otrzymali: podczas pierwszej serji injekcji tygodniowych w czasie 2—3 miesięcy ogółem 1,5 do 2,5 gr. Gdy zachodziła potrzeba, po 6—8 tygodniach przerwy wznawialiśmy kurację podobnie jak to czynimy stosując arsenobenzole.

Wyniki.

Zanim przejdziemy do omówienia wyników leczenia, musimy zaznaczyć, że było ono stosowane u osobników, którzy wypróbowali z wynikiem małym lub żadnym większość klasycznych leków stosowanych w gośćcu wielostawowym, a więc preparaty salicylowe, jodowe, siarkowe, pochodne radu, rozmaite szczepionki, przyrodolecznictwo, rozmaite leczenie zdrojowe. Zauważymy jeszcze, że w wspomnianych cierpieniach stawowych mamy okresy chwilowego spokoju między nagłemi wybuchami choroby i dopiero po dłuższej obserwacji, trwającej przynajmiej 8—10 miesięcy, można wyprowadzić wnioski o skuteczności danej metody leczniczej, co właśnie uczyniliśmy.

Wyniki kliniczne.

Stan ogólny u większości naszych chorych był niezbyt dobry od kilku lat. Byli wychudzeni, bladzi z charakterystycznym odcieniem cery koloru „kawy mlecznej“, której to barwie autorzy anglo-sascy nadają tyle znaczenia. W dwa lub trzy miesiące po rozpoczęciu kuracji stan ogólny poprawiał się, chorzy nabierali siły i tracili charakterystyczny odcień cery.

Stawy u naszych chorych wykazywały obrzmienie o typie obrzmienia nieco ciastowatego, czasami zgrubienia nieustępliwe, charakterystyczne dla zgrubiałych torebek maziowych. Objawy te najłatwiej można spostrzedz na stawach międzypalcowych, łokciowych, kolanowych.

Po 2—3 miesięcach leczenia obrzęk znika, staw przybiera wygląd normalny przynajmiej u tych chorych, u których zmiany kostno-chrząstkowe jeszcze nie nastąpiły.

Zdolność ruchów poprawia się jeszcze prędzej. Ból podczas uruchomienia czynnego i biernego, zwykle b. żywy w stawach, w których odbywa się proces czynny, zmniejsza się zazwyczaj po pierwszym miesiącu leczenia. Rozpiętość ruchów dotkniętych stawów wzrasta w miarę znikania obrzmienia i bólu. W przypadkach, w których chodzi o palce dłoni, najlepszym dowodem poprawy jest możność zaciśnięcia dłoni, w większości przypadków po 3 do 4 miesiącach poprawa zazwyczaj jest tak duża, że możność zwinięcia pięści jest prawie normalna i ruchy wcale nie sprawiają bólu.

Dobry sposób oceny stanu chorych stanowi kontrola ilości środków przeciwbólowych, nieodzownych do uczynienia życia wogóle znośnem. Przed leczeniem większość chorych była zmuszona przyjmować dziennie 2—4 gr. i więcej preparatu salicylowego (aspiryna i t. p.), gdyż w przeciwnym razie sztywność i ból czynią niemożliwym wszelką czynność. W okresie czasu od 3 tygodni do 3miesięcy znaczna ilość naszych chorych zmniejszyła tę ilość do dwu proszków á 0,5 gr. dziennie, po 3—4 miesiącach przyjmowali tylko 1 lub dwa proszki tygodniowo. Z chwilą, gdy użycie środków znieczulających, choćby tylko przerywane, staje się zbędne, można uważać, że wyleczenie kliniczne jest bliskie.

Jednoczesna poprawa snu objaśnia się tem, że słabe, nieświadome ruchy, wykonywane przez chorych podczas snu, wywołują, w okresie czynnym ból o tyle silny, że chorzy budzą się 8—10 razy w nocy. U osobników gorączkujących, u których temperatura podwyższona wskazuje na infekcję osłabioną, ale przewlekłą, obserwacje krzywej ciepłoty najlepiej dowodzą skuteczności terapji zapomocą złota, które wolno ale stopniowo sprowadza temperaturę 37,8 lub 38 do normalnej w okresie czasu od 30 — 60 dni.

Wahania w wadze wydają się nam bez znaczenia: schudnięcie chorego otyłego wskutek bezczynności, idące równolegle do powrotu jego aktywności fizycznej nie jest złą oznaką.

Kontrola laboratoryjna.
Badanie krwi.

Auroterapja ma nieznaczny wpływ na czerwone ciałka krwi (tabl. 4).

Tablica IV.

Badanie morfologiczne krwi przed i po leczeniu (19 przyp.).

Ilość czerwonych ciałek w miljonach w mm.[3]

Czerwone ciałka	Od 3 do 4	Od 4 do 5	Powyżej 5
Liczba przypadk.			
przed.	5	14	0
po	4	15	0

Ciałka białe w tysiącach w mm.[3]

Ciałka białe	Od 5 do 10	Od 10 do 15	powyżej 15
Liczba przyp.			
przed	1	6	12
po	6	11	2

Leukocytoza nie ulega zmianie u osobników, u których była normalna. U tych, u których dochodziła do 15000, następował zawsze spadek w przeciągu 2 — 3 miesięcy za wyjątkiem dwóch przypadków, w których zresztą wynik kliniczny był również pomyślny (tabl. IV). W dwu innych przypadkach spostrzeżono jako wynik pierwszej serji injekcji znaczną poprawę kliniczną i zmniejszenie leukocytozy, ale ponieważ chorzy dłuższy czas nie leczyli się, po pewnym czasie znów nastąpił nawrót choroby z nowym wybuchem leukocytozy, świadczącej o czynnym stanie sprawy.

W sprawie wzoru leukocytarnego nie mamy określonych danych (tabl. IV). Był on różny u różnych chorych przed leczeniem, czasami normalny, czasami z przewagą form wielojądrzastych lub jednojądrzastych, co się objaśnia tem, że obserwacje nasze były robione w różnych momentach rozwoju samej choroby, zresztą leczenie miało mały wpływ na sam wzór i wpływało tylko na ogólne zmniejszenie się leukocytozy [7]).

[7]) Nasze niedawne badania opadania krwinek pozwoliło nam zauważyć fakt interesujący: między naszemi choremi jedynie 8 przyp. wykazało cyfry normalne; chorzy ci byli leczeni od roku lub dłużej Allochryzyną.

Tablica V.

Badanie krwi przed leczeniem (46 przyp.).

% leukocytów ziarnistych na 100 ciałek białych.

°/₀	Poniżej 60 °/₀	Od 60 °/₀ do 70 °/₀	Powyżej 70 °/₀
Liczba przyp.	12	15	19

Badanie chemizmu krwi dały te same wyniki przed kuracją jak i po jej zakończeniu, co wskazuje na to, że, sądząc z ilości mocznika, złoto w dawkach terapeutycznych nie jest szkodliwe dla nerek, a zmiany w ilości kwasu moczowego i cholesteryny są minimalne. Fakt ten potwierdza, że zaburzenia w przemianie materji nie mają żadnego znaczenia w mechanizmie powstawania gośćca wielostawowego.

Ocena wyników.

Rozpatrując wyniki leczenia po blisko 3 latach, należy je określić jako nadzwyczaj zadowalające, w sensie procentowej ilości przypadków o wybitnej poprawie (tabl. VI). Można nawet w kilku przypad-

kach mówić o zupełnem wyleczeniu, jednak przezorność wymaga od nas jeszcze 1 — 2 lat dodatkowych dla stwierdzenia, że wyleczenie zostało rzeczywiście otrzymane.

Tablica VI.

Wyniki leczenia złotem.

Dawka ogólna	poniżej 1 gr.	od 1 do 2 gr.	od 2 do 3 gr.	od 3 do 4 gr.	powyżej 4 gr.	razem	leczenie niedostateczne
wyniki żadne					1	1	4
wyniki średnie	3	4	1	—	2	10	—
wyniki dobre	1	6	4	—	5	16	—
wyniki b. dobre	2	4	3	4	4	17	—
razem . .	6	14	8	4	12	44	4

Bardzo dobre wyniki otrzymano w 17 przyp., w których nastąpiło zupełne zniknięcie obrzmień stawowych i bardzo dobry stan ogólny.

Oczywiście spodziewać się restitutio ad integrum możemy tylko w przypadkach względnie świeżych (trwających od 2 — 3 lat). W przypadkach starszych (trwających od 6 — 15 lat), w których otrzymano zupełne zahamowanie sprawy czynnej, pozostaje jednak niedające się naprawić obniżenie czynności stawowych naskutek zmian anatomicznych: przykurczu ścięgien, zesztywnień włóknistych lub kostnych, nadwichnięć i zaniku mięśni.

Dobre wyniki (16 przyp.) są to te, w których wbrew znacznej poprawie klinicznej pozostała lekka skłonność do odnawiania się sprawy w jednym lub dwu stawach. Jest możliwe, że pewna liczba tych przypadków będzie mogła być zaliczona do kategorji poprzedniej po dalszem stosowaniu leczenia.

Ogółem 33 przyp. na 48, czyli 68% stanowią niepodlegający dyskusji dowód skuteczności tej metody leczniczej.

Wyniki mierne (10p.) są to te, w których poprawa stwierdzona w pierwszych miesiącach leczenia nie posunęła się naprzód, a nawet w trzech przypadkach nastąpiło lekkie powtórzenie objawów chorobowych, pomimo systematycznego leczenia. Czy jest to odporność na złoto? Możliwe, ale nasze doświadczenie jest zbyt jeszcze ograniczone, abyśmy mogli mieć zdecydowany pogląd na tę sprawę. Brak wyników leczenia (5 przyp.) odnosi się do dwóch chorych, którzy przeszli leczenie niedostateczne z powodu przyczyn niemających nic wspólnego z medycyną, i dlatego też nie mogą być właściwie umieszczeni w rubryce wyników negatywnych. W trzech pozostałych przypadkach leczenie było przerwane wskutek nietolerancji, co się spostrzega bardzo rzadko od chwili zmniejszenia zbyt silnych dawek stosowanych na początku.

Jeden tylko przypadek jest właściwie ujemny, mianowicie chora lat 50-ciu, u której zjawiła się reakcja ogniskowa, (wzmożenie bólu w stawach) a następnie rumień po zastosowaniu dawki minimalnej (0,3 gr.) w przeciągu trzech tygodni.

Objawy uboczne.

Były one oczywiście znacznie częstsze i silniejsze na początku naszych doświadczeń, gdy stosowaliśmy dawki zbyt silne przy zbyt małym odstępie między poszczególnemi injekcjami. Rozróżniamy objawy natychmiastowe i późne.

Objawy natychmiastowe możemy podzielić na odczyny miejscowe, ogniskowe i ogólne. Odczyny ogniskowe były rzadkie i objawiały się zwiększeniem bólu w stawach. Czy były to rzeczywiście reakcje ogniskowe? Można wątpić, gdyż u chorych gruźliczych niemających żadnych zaburzeń stawowych, zjawiają się czasami pod wpływem terapji złotem typowe bóle stawowe *(Mollard)* [8]); pozatem nie zauważyliśmy nigdy podczas leczenia wzmożenia sprawy chorobowej, a zwłaszcza nowego wybuchu w jednym lub kilku stawach.

R e a k c j e o g ó l n e. Są one bardzo rzadkie ze względu na domięśniowy sposób stosowania. Podczas pierwszych 6 godzin po injekcji daje się zauważyć podniesienie temperatury wynoszące najwyżej 0,2° — 0,3°, ale nawet u osobników, którzy dla przyczyn nam nieznanych gorączkowali dość wysoko 39° — 40°, injekcje następne nie wywołują żadnej reakcji, o ile robione są w dostatecznie dużych odstępach czasu i w słabej dawce.

[8]) H. Mollard: Sole złota w leczeniu gruźlicy płucnej. Teza Lyon, 1929.

Tylko odczyny termiczne powtarzające się przy każdej injekcji, muszą być uważane za objaw nietolerancji. Należy wtedy przerwać leczenie na miesiąc lub dwa i rozpocząć znów małemi dawkami w większych odstępach czasu. Mieliśmy 4 przyp. przelotnej swędzącej wysypki podobnej do odry lub szkarlatyny o charakterze anafilaktycznym, która się zjawiła po 2 i 3 injekcji, jednak nie przeszkodziła w dalszem stosowaniu leczenia.

Objawy uboczne późne występują na skórze i na błonach śluzowych [9]), przedewszystkiem na dziąsłach i na wargach. Poprzedzone są zwiastunem w postaci smaku metalicznego, co wymaga baczniejszej obserwacji ale nie przerywania leczenia. Mogą one przybrać postać nadżerek najczęściej na wargach, które goją się w czasie około trzech tygodni, ale mogą także, jeśli leczenie nie zostało przerwane, rozwinąć się w nadżerki bardziej rozległe głębokie, krwawiące, pokrywające się żółtemi strupami, bardzo bolesne i przeszkadzające w odżywianiu przez jeden lub dwa miesiące.

Objawy skórne zjawiają się w postaci erytrodermii późnych po kilku serjach leczenia i są skutkiem stopniowej akumulacji leku. Są zazwyczaj podobne do odry lub szkarlatyny, zjawiają się na powierzchniach odkrytych, także na twarzy, i łuszczą się w przeciągu kilku tygodni. Jest to typowy objaw zatrucia, który obserwowaliśmy po zbyt dużych dawkach 0,04 — 0,05 gr. dziennie. W jednym tylko przypadku objawy te miały charakter poważny i przewlekły (erytrodermia z następową egzematyzacją, przewlekłe zapalenia jamy ustnej, zapalenie spojówki z nadżerką na rogówce). W przypadku tym zastosowano 7 injekcji à 0,25 gr. pomimo reakcji gorączkowej do 40° po każdem wstrzyknięciu i objawów toksycznych.

Z innych objawów skórnych zauważyliśmy nagły wybuch czyraczności i w jednym przypadku drobne ropnie śródskórne w następstwie dość silnego rumienia złuszczającego. W dwóch przypadkach nastąpiła reakcja ze strony gruczołów szyjnych i pachowych, której przyczyny nie możemy wyjaśnić. Nigdy jednak nie zauważyliśmy białkomoczu, chociaż na zasadzie wywiadów mogliśmy podejrzewać upośledzenie czynności nerek. W jednym przypadku, w którym ilość białka moczu przed leczeniem była 0,1 gr. w litrze, podniosła się po pierwszej serji do 0,4 gr. bez innych zaburzeń.

Ogółem mieliśmy 11 przyp. lekkich objawów ubocznych i 5 przyp. objawów ubocznych ciężkich, które tylko w jednym przypadku zjawiły się po stosowaniu małych dawek.

Unikanie i leczenie objawów ubocznych.

Należy sobie przedewszystkiem uświadomić, że % objawów ubocznych zmniejszył się od chwili, gdy zaprzestaliśmy używać wysokich dawek w odstępach zbyt bliskich. Jeżeli lekarz lub pielęgniarka przed każdą następną injekcją postawi sobie za zasadę zapytać się chorego, czy ostatnia injekcja nie wywołała żadnych objawów ubocznych (podrażnienie jamy ustnej, rumień) uniknie się w ten sposób wszelkich poważniejszych zaburzeń. Jest rzeczą bardzo pożyteczną upewnić się o prawidłowej funkcji nerek przez uprzednie zbadanie moczu i w miarę potrzeby określenie ilości mocznika w krwi.

Uprzednie doprowadzenie do porządku jamy ustnej i usunięcie pieńków zmniejsza ilość komplikacji ustnych. Użycie zapobiegawcze arsenobenzolowej pasty do zębów (odarsol, sanogyl) jest również skuteczne. W zaburzeniach anafilaktycznych używaliśmy z dobrym wynikiem podsiarczynu magnezowego w dawce 0,6 gr. podskórnie lub doustnie.

Prowadzenie leczenia.

Wszelkie leczenie osobników gośćcowych należałoby zasadniczo rozpoczynać od wynalezienia i usunięcia drogą leczenia wewnętrznego czy też w sposób chirurgiczny, wszystkich ognisk infekcyjnych utajonych lub jawnych. Zazwyczaj klinika nie jest w możności je odnaleźć i trzeba się zwracać do pracowni i do radjologji, żeby wykryć zmiany migdałków, korzeni zębowych, zatok i jelit. Nie należy zaniedbywać tego etapu, chociaż w praktyce przedstawia on duże trudności.

Nieodzowne jest pewne przygotowanie moralne pacjenta do długiego leczenia, któ-

[9]) F. Leboeuf i Mollard: Wysypki po złocie na śluzówce i na skórze. Presse Med. Nr. 74, 13 września 1930.

rego wyniki nie będą natychmaist widoczne (w jednym przypadku wystąpiły dopiero po 6 miesiącach, zresztą bardzo dodatnie); z reguły poprawa występuje dopiero po dwu lub trzech miesiącach leczenia.

Dawki i przerwy między niemi, które radzimy stosować, są następujące: po wszystkich badaniach przedwstępnych dwielubtrzy injekcje à 0,05 gr. z tygodniową przerwą dla zbadania wrażliwości pacjenta. W razie braku zaburzeń i podniesienia temperatury, dajemy 0,1 gr. raz w tygodniu, ażeby dojść ogółem do 1,5 gr. — 2 gr. to jest 15 do 20 injekcji (jedna na tydzień). Jest to pierwsza serja „atakująca". Bez względu na wyniki zatrzymujemy się na ilości maksymalnej 2 gr. i rozpoczynamy ponownie leczenie po 6 tygodniach przerwy. Jest to dostateczny przeciąg czasu dla wydalenia soli złota, które mogły się nagromadzić. Druga serja — 1,5 gr. do 2 gr. w injekcjach tygodniowych à 0,1 gr. zostaje zastosowana w przypadkach sprawy czynnej; w przypadkach, w których pierwsza serja była bardzo skuteczna i w których sprawa czynna zajmuje jeszcze tylko niewielką ilość stawów, wystarczy tygodniowo 0,05 gr. (15 do 20 injekcji).

Zalecamy, nawet u osobników, napozór klinicznie wyleczonych, jeszcze leczenie w przeciągu 2 lat; mianowicie 3 injekcje na miesiąc à 0,05 przez 4 miesiące (12 inj. à 0,05 gr.), następnie 4 miesiące przerwy i znów 4 miesiące leczenia. Zgodnie z naszem obecnem doświadczeniem możemy twierdzić, że taki sposób leczenia zapobiega prawie napewno nawrotowi objawów stawowych.

Zmiana w naszych zapatrywaniach na sposób dawkowania jest podobna do zmiany poglądów lekarzy gruźlicy płuc, którzy obecnie wolą stosować małe dawki przez dłuższy czas. Naogół w chwili obecnej uważamy za wystarczającą w terapji złotem w sprawach gośćcowych dzienną dawkę 0,1 gr. co 5 dni dla osobników odpornych bez szczególnej wrażliwości na leczenie, i dawkę 0,05 gr. dla osobników starszych ze zmniejszoną odpornością ustroju.

Nie mamy jeszcze dostatecznych danych, aby twierdzić, czy chory, uważany za zupełnie wyleczonego, może po dwu latach zaprzestać wszelkiego leczenia, gdyż w tym wypadku, tak jak i w kile, brak objawów nie oznacza jeszcze wyleczenia ostatecznego i w braku odpowiedniego dowodu, jak odczyn Wassermanna, uważamy, że zwiększenie leukocytozy oraz ilości opadających krwinek, sprawdzone badaniem co pół roku lub co cztery miesiące, są dostatecznym argumentem dla dalszego leczenia.

Leczenie złotem przewlekłych spraw gośćcowych zawiera pewne trudności techniczne, ale zato nie jest leczeniem niebezpiecznem i wymaga tylko pilnej obserwacji chorego, szczególnie jego śluzówek. Nie pociąga ono za sobą więcej powikłań i nie wymaga więcej ostrożności niż leczenie

rtęcią lub bizmutem, czego dowodem niechaj posłużą nasi pacjenci zebrani ze wszystkich stron Francji, a nawet z zagranicy. Większość z nich była pod naszą bezpośrednią kontrolą tylko w pewnych okresach, przez pozostały czas pozostawała pod opieką naszych kolegów, lekarzy praktyków w miastach i wsiach, dla których chryzoterapja była nowością. Należy się też naszym kolegom duża wdzięczność z naszej strony za okazaną nam pomoc.

Co do sposobu działania allochryzyny w sprawach gośćcowych, nie należy przypuszczać, że działa ona przez wstrząs, jak złoto kolloidalne, gdyż nie zauważyliśmy prawie nigdy wstrząsu. Nie można też mówić o bezpośredniej akcji bakterjobójczej, co się również odnosi do prątka Kocha i uważamy, że najlepszym wytłomaczeniem w tej chwili jest działanie chemiczne złota i siarki, pobudzające siły obronne organizmu. Szczególnie w Allochryzynie, po za siarką w postaci podsiarczynu, istnieje cząsteczka SAu, która jest prawdopodobnie najbardziej czynnym elementem tego preparatu. Nasze doświadczenia zbliżają się do wyników *L. E. Walbuma* z Kopenhagi, który otrzymał wyleczenie przewlekłych zakażeń doświadczalnych, a nawet raka u myszy, przez wstrzykiwanie minimalnych dawek soli różnych metali (Metallsalztherapie [10]).

Miejmy nadzieje, że dalsze doświadczenia pozwolą nam szczegółowiej wyjaśnić to zagadnienie.

---

[10]) L. E. Walbum: Metallsalztherapie, Zeitschrift f. Immunitätsforschung, tom LXI, Nr. 146, 1929, Zeitschrift f. Krebsforschung, tom XXXI, Nr. 1, 1930.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska“.
Adres redakcji Warszawa, Tucholska 10. Tel. 11-30-33.
Adres administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

		1/1 str.	½ str.	¼ str.
Ogłoszenia:	zewnętrzna strona okładki	zł. 450.—	250.—	135.—
	bezpośrednio przed tekstem	„ 350.—	200.—	120.—
	2-ga i 3-cia strona okładki	„ 350.—	200.—	120.—
	pozostałe	„ 300.—	170.—	95.—